

佐野市長様

住所

氏名

(納付義務者との続柄：)

生年月日 大・昭・平 年 月 日

電話 — —

(※ 納付義務者と申請者が異なる場合のみ、下記をご記入ください。)

私は、上記の者を代理人として、次の申請をし、交付することに同意します。

同意者（納付義務者）

住所

氏名 【自署】 

生年月日 大・昭 年 月 日

電話 —————

令和 年中に納付した（介護保険料・後期高齢者医療保険料）額について、下記の理由により納付額を確認したく、申請をします。

1. 年末調整の社会保険料控除に使用するため
2. 確定申告の社会保険料控除に使用するため
3. 住民税申告の社会保険料控除に使用するため

申請者確認	免許証・マイナンバー・在カ・その他（ ）
-------	----------------------