

課長	係長	係
----	----	---

所得申告参考資料（介護保険料・後期高齢者医療保険料）申請書兼同意書

令和 年 月 日

佐野市長様

申請者・代理人（窓口に来た方）

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・住カ・個カ・在カ・保険証・その他（ ）
-------	-------------------------