

# 納付額確認書交付申請書

※太枠内の各欄にご記入ください

田辺市長 宛て

令和 年 月 日

納税 (納付) 義務者	住所	田辺市			氏名			
	生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	電話 番号	- -
必要な 科目	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 後期高齢	<input type="checkbox"/> 介護	必要な 年	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	
必要な 枚数	枚			使用 目的	<input type="checkbox"/> 税申告	<input type="checkbox"/> その他	( )	

上記の田辺市国民健康保険税・後期高齢者医療保険料・介護保険料に係る納付額確認書の交付を申請します。

申請者	住所			
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	氏名	納税(付)義務者 との続柄	

- 注意事項) 本人申請の場合は、申請者欄の記入を省略できます(本人の口に✓マークを入れてください)。  
 ※ 本人・同居世帯員以外の申請の場合は、委任状を添えて申請してください。  
 ※ 申請内容について、質問及び関係書類の提示を求める場合があります。

(送付先)

〒646-8545

和歌山県田辺市新屋敷町1番地

田辺市役所 収納課保険検収係 宛

TEL 0739-26-9965

※ 返信用の切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

(お急ぎの場合は、速達分の切手も貼付してください)

市役所使用欄
受付

## 委任状

令和 年 月 日

上記申請者を代理人と定め、私の納付額確認書の交付申請及び受領に関する権限を委任します。

委任する人(納税・納付義務者)

住所	田辺市			氏名			
生年 月日	<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
					電話 番号	-	-