

「税・保険料」納付額のお知らせ発行に関する申請書
(国民健康保険税・固定資産税・後期高齢者医療保険料・介護保険料分)

申請年月日：令和 年 月 日

大船渡市長 様

■申請する方(※本人、同世帯の家族、相続人以外の場合は、委任状の提出が必要となります。)

住所 (所在)	(〒 -)	※日中の連絡先(TEL) 自宅：() - 携帯： - - その他：() -	
ふりがな		使用目的 (※該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 確定・住民税申告 <input type="checkbox"/> 年末調整
氏名 (団体名及び代表者名)			
下記の方との関係 (※該当にレ点)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯の家族 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 代理人		

■どなたのものが必要ですか

住所	大船渡市 町 番地
ふりがな	生年月日
氏名	明・大・昭・平 (※該当に○) 年 月 日

■必要な納付額の内容欄に「枚数及び該当年」を記入してください。

納付額の内容等	通数
国民健康保険税の納付額 (平成・令和 年分)	通
固定資産税の納付額 (平成・令和 年分)	通
後期高齢者医療保険料の納付額 (平成・令和 年分)	通
介護保険料の納付額 (平成・令和 年分)	通

◎税務課(三陸支所、綾里・吉浜地域振興出張所)処理欄

受付(担当者印)	申請者の本人確認	委任状確認-
	<input type="checkbox"/> 確認済	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注)申請者の本人確認は運転免許証、健康保険証等で行うこと。