第　　　　　　号

窓空宛名

様式番号

**介護保険料納付証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  | |
| 納付義務者氏名 |  |  |

**固定文言１＋編集１**

　　あなたが　　　　年内に支払った介護保険料は以下のとおりです。

**自由記載１**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 納付済保険料額 | |  |
| 内訳 | 普通徴収分 |  |
| 特別徴収分 |  |
| **固定文言２**  備　　　　　　　考 | | **固定文言３＋編集２** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 賦課年度 | 調定年度 | 徴収方法 | 期別 | 収納額 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**固定文言４＋編集３**

　　前のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

　　　　　発行年月日

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市介護保険課 | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

印

○○市（町村）長