

納付確認書交付申請書

※太枠欄のみご記入ください。

① 申請者

申請日 令和 年 月 日

住所			
氏名		電話	日中連絡がとれる番号をご記入ください。
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日		

② どなたのものが必要ですか（申請者本人の場合は記入不要です。）

住所・所在			
氏名・名称 代表者名			
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日	

③使用目的

年末調整または確定申告

④証明書の種類

国民健康保険税(介護保険料・後期高齢者医療保険料)納付確認書	通
固定資産資料	通
軽自動車税納付確認書	通

⑤同意書（①申請者と②必要な方が異なる場合）

委任状を添付するか、下記に同意者の記名・押印のうえ申請してください。

・上記の申請に同意します	令和 年 月 日
住所	
氏名	印

本人確認	免許証・旅券・住基カード・健康保険証・介護保険者証・年金証書
件数	件

納付確認書等を郵便で請求する方へ

・税務証明交付申請書

左記の申請書に必要な事項を記入してください。

・返信用封筒

返送先の住所・氏名を記入し、必要分の郵便切手を貼って同封してください。
申請者の住所地以外には返送ができませんのでご了承ください。

・申請者本人を確認できる書類（運転免許証等のコピー等）

皆さまの個人情報を守るための方策です。コピーしたものを同封してください。
住所、氏名、生年月日が表裏に分かれている場合には、両面ともコピーしてください。

本人確認のできる書類（下記以外のものについてはお問合せください）

住民基本台帳カード、運転免許証、健康保険証、障害者手帳、旅券、外国人登録証、学生証、弁護士・司法書士等の資格証明書など

※健康保険証のコピーを同封する場合、「保険者番号」および「被保険者等記号・番号」を塗りつぶすなどしてマスキングしていただくようお願いします。

・同意書または委任状（①の方と②の方が異なる場合）

①の方と②の方が異なる場合、⑤の欄に②の方から記名・押印をしてもらうか、委任状を添付してください。

※ご注意ください！

電話、FAX、メール等での申請は受付していません。

お問合せ・送付先

送付先 : 〒958-8501

新潟県村上市三之町1番1号

村上市役所税務課 収納対策室

お問合せ : TEL 0254-53-2111 (内線 2131)