様式第62号

証明書番号　第　　　　　号

介護保険料納付証明書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 納税義務者氏名 | 　 |

あなたが　　　　年1月1日～12月31日までに支払った介護保険料は以下の通りです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 年度 | 納付済保険料額 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 合計 | 　 | 　 |

上記のとおり介護保険料を納付したことを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

小野町長　　　　　　　　　　印