

ふとわくない かなら きにゆう  
※太枠内は必ずご記入ください。

し せつにゆうしよしゃ しゃかいほけんりようとう きにゆうひよう  
施設入所者 社会保険料等 記入票

きにゆう ひと  
記入した人

りようしやしめい  
利用者氏名

れいわ ねん 令和6年	げつ がく 月 額	れいわ ねん 令和6年	げつ がく 月 額
がつ 1月	えん 円	がつ 7月	えん 円
がつ 2月	えん 円	がつ 8月	えん 円
がつ 3月	えん 円	がつ 9月	えん 円
がつ 4月	えん 円	がつ 10月	えん 円
がつ 5月	えん 円	がつ 11月	えん 円
がつ 6月	えん 円	がつ 12月	えん 円
れいわ ねんちゆう ねんがくごうけい 令和6年中 年額合計			えん 円

げつがく ふめい ばあい ねんがくごうけい きにゆう  
※月額が不明な場合は、年額合計のみご記入ください。

※ この用紙は、申請者本人が社会保険料等を支払った場合のみ、提出してください。

※ 必ず、資料（  
のうふず がく し  
・納付済み額のお知らせ  
のうふしよめいしよ など  
・納付証明書 等）を添付してください。

※ オンラインで申請する場合には、この証明書をスキャンまたは撮影した画像データを添付してください。