

市 税 納 付 状 況 確 認 同 意 書

平成 年 月 日

大村市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

印

電話番号 _____

次の行政サービスの申請に当たり、市税の納付状況について調査されることに、同意します。

記

行政サービスの名称

不育症治療費助成事業

	氏名	生 年 月 日	続 柄	備 考
フリガナ 申請者		明・大 昭・平 年 月 日		
申請者と同一世帯の者 等（フリガナ 記入）		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		
		明・大 昭・平 年 月 日		

注) この同意書は、必ず申請者が自署して押印しなければなりません。