

補助金交付申請に係る市税納付状況等調査承諾書

水戸市長 様
(保健センター扱い)

補助金交付申請者

住 所	
氏 名	ふりがな
	印
生年月日	S ・ H 年 月 日
電話番号	— —

(自署の場合は、押印を省略できます。)

水戸市不育症治療費補助金交付申請に伴い、市税の納付状況について、調査されることを承諾いたします。

※ 注意事項

補助金交付申請は、本市に納めるべき市税（市県民税，固定資産税・都市計画税，軽自動車税，国民健康保険税）の完納が条件となっています。（市税の完納の確認を行い，未納があった場合には，補助金交付の要件を満たしません。）

収税課確認欄

申請者	滞納なし		
	課税対象外		
	滞納あり	市県民税 固定資産税・都市計画税 軽自動車税	
		国民健康保険税 その他（ ）	

令和 年 月 日

収 税 課 長