

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