様式第２号（第５条関係）

**同　　意　　書**

日之影町長　　様

日之影町アピアランスケアサポート事業助成金交付申請に伴い、貴町における私の町税等の滞納の

有無について調査されることに同意します。

年　　　月　　　日

申　請　者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 |  | 年　　　　月　　　　日 |
| 住　　所 | 〒 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 税務課 | |
| 確認事項 | 確認者印 |
| ・滞納なし  ・滞納有  ・分納成約中  ・課税なし |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　月　　　日現在）