

様式第3号（第5条関係）

太田市税等完納照合票

（がん患者ウィッグ等購入費助成金申請用）

年 月 日

この書類はがん患者ウィッグ等購入費助成金申請に必要な書類です。収納課窓口に提出し、照合印を受けてください。

本人確認ができるもの（運転免許証等）と印鑑をお持ちください。

申請者	住所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ		
税 目		収 納 課 照 合 欄		
<input type="checkbox"/> 市県民税				
<input type="checkbox"/> 固定資産税				
<input type="checkbox"/> 軽自動車税				
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税				
<input type="checkbox"/> 課税なし				

（注）太枠内は、記入しないでください。

代理人が照合を受ける場合は、申請者本人による委任状への記入が必要となります。

委 任 状	
私（依頼人）は、上記事項の照合について、下記の者を代理人に選任いたします。	
（依頼人）	
住所	
氏名	Ⓜ
（代理人）	
住所	
氏名	Ⓜ