

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。

窓口に来所する人の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。

助成対象者	住 所			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	印		
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、助成対象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（助成対象者）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。	
（助成対象者）	
住 所	
氏 名	印
（代理人）	
住 所	
氏 名	■