

太田市税等完納照合票  
 （不育症治療費助成金申請用）

年 月 日

この書類は、不育症治療費助成金申請に必要な書類です。収納課窓口へ提出し、照合を受けてください。

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	⑩		

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	⑩
（代理人）	
住 所	
氏 名	⑩