

様式第5号（第5条関係）

太田市税等完納照合票
(不妊治療費助成金申請用)

年 月 日

この書類は不妊治療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	Ⓜ