

町税等納入状況確認同意書

矢吹町長 様

※太枠内のみご記入ください。

年 月 日
事業名称等 <u>矢吹町特定不妊治療費助成事業</u> 上記事業に係る交付条件を確認するため、下記対象者の納入状況を確認することに同意します。
住 所 _____
氏 名 _____ (印)
電話番号 _____
【対象者をご記入ください】

No.	続柄	氏 名	税務課	都市整備課	子育て支援課
1			あり・なし	あり・なし	あり・なし
2			あり・なし	あり・なし	あり・なし
3			あり・なし	あり・なし	あり・なし
4			あり・なし	あり・なし	あり・なし
5			あり・なし	あり・なし	あり・なし
6			あり・なし	あり・なし	あり・なし
7			あり・なし	あり・なし	あり・なし
8			あり・なし	あり・なし	あり・なし

以下記入不要

【確認用】 担当課名『 子育て支援課 』担当者名『 _____ 』

担当課	確 認 内 容	確認担当者印
税務課	町税 後期高齢者医療保険料 介護保険料	
都市建設課	住宅使用料 水道・下水道使用料 農業集落排水処理施設使用料 公共下水道受益者負担金 農業集落排水受益者分担金	
子育て支援課	幼稚園保育料 幼稚園バス分担金 保育園保育料 児童クラブ育成料	

- 注) 1 上記の順序で確認してください。
 注) 2 該当する項目に○を付してください。