法人：代表者以外の方

個人：事業主以外の方

が窓口に来られる場合は、

委任状が必要です。

証　　　明　　　願

　　　年　　　月　　　日

豊　岡　市　長　様

〈申請者〉

住所(所在地)

（個人事業主の場合は、個人の住所をご記入ください）

氏名(名称)

（法人の場合は、代表者名もご記入ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 証明の使用目的 | 2024年度豊岡市医療的ケア・重症心身障害対応型施設整備事業費  補助金申請書類添付のため |

上記の目的に使用するため、豊岡市税の滞納がないことを証明願います。

豊税　　証　第　　　　号

願い出のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　豊岡市長　　関貫　久仁郎

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　任　状  　　　　　　　　　　　（本人自筆のこと）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　豊岡市長　関貫　久仁郎　様 | | |
| （証明の必要な人）  本人 | 住所  （所在地） |  |
| 氏名  （名称） | ㊞ |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日  （法人の場合は記載不要） |
| 下記の者を代理人として納税証明の申請・受領・閲覧に  関する一切の権限を委任します。 | | |
| （窓口に来られる人）  代理人 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | | |

※代理の方は、お名前を確認できるもの（運転免許証・身分証明書等）をお持ちください。

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 | 確認欄 |
| 免許証・その他（　　　　） |

別紙

同　意　書

　　年　　月　　日

　豊岡市長　様

　豊岡市医療的ケア・重症心身障害対応型施設整備事業費補助金要綱に規定する市内事業者の対象要件の確認に必要な調査について同意します。

【必要な調査内容】

・豊岡市税の課税状況等の確認

住所又は所在地

名　　　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号