

納税状況の確認に関する同意書

私は、がん患者アピアランスサポート事業助成金の交付を越前町に申請するに当たり、越前町税務課が、越前町健康保険課に対し、私の越前町への納税状況に関する情報を提供することに同意します。

年 月 日

住所

ふりがな
氏名

越前町長 様

* 納税状況の確認に関する事項

本同意書に基づき提供された納税状況は、越前町がん患者アピアランスサポート事業の助成金交付事務以外には使用いたしません。

※越前町税務課担当者記入欄

上記の者の 年 月 日現在の納税状況については以下のとおりです。

全税目において、

滞納なし

滞納あり

徴収猶予あり

受付印欄