

税 務 証 明 交 付 申 請 書

年 月 日

(請求先) 歌志内市長

窓口にくられた方(申請人)	住 所	(電話 - -)		
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
証明される人との関係		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居の親族 <input type="checkbox"/> 左記以外の代理人		

どなたの証明 が必要ですか ※上記の住所・ 氏名と同じ 場合は同上 に○をつけて ください	住 所	<input type="checkbox"/> 同上		
	フリガナ	/	生 年 月 日	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
	フリガナ		生 年 月 日	
	氏 名		<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日	
	法 人 名			

使用目的に○をつけてください	<input type="checkbox"/> 年金手続、扶養認定 <input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 学校関係 <input type="checkbox"/> 住宅関係 <input type="checkbox"/> 登記等(相続、売買) <input type="checkbox"/> 融資申請 <input type="checkbox"/> 医療費助成 <input type="checkbox"/> 学校関係 <input type="checkbox"/> 保健所提出 <input type="checkbox"/> 家屋解体手続 <input type="checkbox"/> 会社提出 <input type="checkbox"/> その他 ()
----------------	--

証 明 の 種 類	年 度	通 数	必 要 な 事 項 を ご 記 入 く だ さ い		
所得証明(所得なしを含む)	年中				
所得・課税証明(非課税証明)	年度				
納 税 証 明	年度		(法人市民税 年 月決算分)		
評価証明(登記用)	年度		種類	物件の所在	家屋番号又は所有者
			土地家屋	字	
評価証明(その他)	年度		土地家屋	字	
名 寄 帳 の 写 し	年度		土地家屋	字	
営 業 証 明	/				
その他(家屋の無い証明)					

※以下の欄は記入しないでください。

確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 市税等の領収書 <input type="checkbox"/> 聴聞 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他 ()	受 付 者
-----	---	-------