

【忍野村がん患者アピアランスケア助成事業申請用】

村税等納付状況確認同意書

年 月 日

忍野村長 様

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

生年月日 _____ 年 月 日

私は、忍野村がん患者アピアランスケア助成事業の交付申請に伴い、世帯全員の村税、手数料その他村に対する債務となるべきものすべての納付状況をこの補助金の担当課が確認することに同意します。

調査に同意する税目等

- 1 個人村民税
- 2 法人村民税
- 3 固定資産税（土地・家屋・償却資産）
- 4 軽自動車税
- 5 国民健康保険税
- 6 後期高齢者医療保険料
- 7 上下水道使用料
- 8 下水道使用料
- 9 人づくり資金貸付金
- 10 介護保険料
- 11 その他手数料等