

稲美町長 様

## 町税・所得確認承諾書

稲美町がん患者医療用補整具購入費助成事業実施要綱に基づく申請をするにあたり、すべての稲美町町税の納付状況及び所得について、確認されることを承諾します。

年度課税分				
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏名	(※)	生年月日	年 月 日
	住所			申請者と同居の有無 有 ・ 無
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏名	(※)	生年月日	年 月 日
	住所			申請者と同居の有無 有 ・ 無
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏名	(※)	生年月日	年 月 日
	住所			申請者と同居の有無 有 ・ 無
同意者	ふりがな		申請者との続柄	
	氏名	(※)	生年月日	年 月 日
	住所			申請者と同居の有無 有 ・ 無

## [記載要領]

- 同意する方が自ら署名を行ってください。本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
- すべての稲美町町税とは、町県民税、法人町民税、固定資産税・都市計画税・軽自動車税及び国民健康保険税をいいます。
- 稲美町で所得が確認できない場合は、前住所地等で所得が確認できる書類を持参してください。

## [参考]

	対象補整具を購入した者の区分	稲美町町税の納付状況及び所得確認が必要な者
1	未成年の者(法律上の婚姻をしている場合を除く。)	対象補整具を購入した者及び当該購入した者と生計を一にする親権者全員
2	成年かつ未婚の者	対象補整具を購入した者
3	法律上の婚姻をしている者	対象補整具を購入した者及び当該購入した者の配偶者