

【別紙1-1】

納税確認同意書

私は、人工透析患者等通院交通費助成事業の申請に当り、南幌町町税等の滞納に対する行政サービス等の制限措置に関する条例第6条第1項及び第2項の規定に基づき、私及び私の世帯全員の町税等の納税状況について町長が確認することに同意します。

年 月 日

南幌町長 様

申請者	住所
	氏名 ㊟
	生年月日
	電話番号

委任状

私は、私の町税等の滞納状況及び納税に関する一切の権限を申請者である
_____に委任いたします。

世帯員	住所
	氏名 ㊟
世帯員	住所
	氏名 ㊟
世帯員	住所
	氏名 ㊟
世帯員	住所
	氏名 ㊟