応募書類９　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：令和　　年　　月　　日

船橋市長あて

**市税納付確認書**

以下の同意欄にチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 市税納付確認  同意記入欄 | 私に関する船橋市税の納付状況について、担当市職員が確認することに  **□同意します　　□同意しません** |
| **同意する場合、以下の申請者欄をご記載の上、健康・高齢部　高齢者福祉課に提出してください。** | |
| 同意しない場合、税務課にこの書類を持参し、市税の滞納がないことの確認印を受け、高齢者福祉課に提出してください。なお、税務課に確認印を受ける際は、①本人確認書類②3週間以内に市税を納付した場合は、その領収書をご持参ください。税務課で確認印を受ける場合、多少お時間を要する場合がありますので予めご承知置きください。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **※申請者は、申請者欄を自筆でご記載ください。法人の場合、代表者印を押印してください。**  **※なお、代理人が申請に来庁する場合のみ、委任欄まで記載し、押印してください。** | | | | | |
| 申請者欄 | **申請者** | 住所 | |  | | |
| 氏名・名称（カナ） | |  | | ㊞ |
| 氏名・名称 | |  | |
| 生年月日（法人は不要） | | 明・大・昭・平　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 委任欄 | 代理人  （窓口に来られる方） | 住所 | |  | | |
| 氏名 | |  | | |
| 上記の者を代理人と定め、市税納付確認に関する事項について委任します。 | | 委任者（申請者）氏名 |  | ㊞ | |
|  | **使用目的** | 船橋市老人福祉センター指定管理者指定の申請に伴う納税確認のため  提出先部署名：健康・高齢部　高齢者福祉課 | | | | |

（市記入欄）※以下には記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民（法人）コード |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 税目、本人確認書類チェック欄 | | | | | 税務課確認欄 | | | | | | | | |
| 船橋市税全税目 | | | | | 滞納なし  （日付入確認印） | | | |  | | | | |
| 年度・税目指定欄  （指定ある場合のみ） |  | | | | （確認日記入） | | | |  | | | | |

**※本確認書を船橋市の行政サービス申請以外に利用することはできません。**

**本確認書の有効期間は税務課確認日より３か月間とします。**

本人確認書類

□運転免許証、□パスポート

□その他（　　　　　　　　　）

船橋市長あて　　　　　　　　　　　　　　　　提出日：令和　○○年　○○月　○○日

**（記載例）**

**市税納付確認書**

以下の同意欄にチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 市税納付確認  同意記入欄 | 私に関する船橋市税の納付状況について、担当市職員が確認することに  **☑同意します　　□同意しません** |
| **同意する場合、以下の申請者欄をご記載の上、健康・高齢部　高齢者福祉課に提出してください。** | |
| 同意しない場合、税務課にこの書類を持参し、市税の滞納がないことの確認印を受け、高齢者福祉課に提出してください。なお、税務課に確認印を受ける際は、①本人確認書類②3週間以内に市税を納付した場合は、その領収書をご持参ください。税務課で確認印を受ける場合、多少お時間を要する場合がありますので予めご承知置きください。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **※申請者は、申請者欄を自筆でご記載ください。法人の場合、代表者印を押印してください。**  **※なお、代理人が申請に来庁する場合のみ、委任欄まで記載し、押印してください。** | | | | | |
| 申請者欄 | **申請者** | 住所 | | **千葉県船橋市湊町2丁目10番25番** | | |
| 氏名・名称（カナ） | | **フナバシ　タロウ** | | ㊞ |
| 氏名・名称 | | **船橋　太郎** | |
| 生年月日（法人は不要） | | 明・大・昭・平　　　　　○○年　　　　　○○月　　　　○○日 | | |
| 委任欄 | 代理人  （窓口に来られる方） | 住所 | | **千葉県船橋市湊町2丁目10番25番** | | |
| 氏名 | | **船橋　花子** | | |
| 上記の者を代理人と定め、市税納付確認に関する事項について委任します。 | | 委任者（申請者）氏名 | **船橋　太郎** | ㊞ | |
|  | **使用目的** | 船橋市老人福祉センター指定管理者指定の申請に伴う納税確認のため  提出先部署名：健康・高齢部　高齢者福祉課 | | | | |

**法人は代表者印を押印してください。**

**代理人を定める場合、委任者（申請者）印を必ず押印してください。法人の場合、代表者印を押印してください。**

**委任者氏名は、必ず委任者（申請者）が自筆してください。**

（市記入欄）※以下には記載しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住民（法人）コード |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 税目、本人確認書類チェック欄 | | | | | 税務課確認欄 | | | | | | | | |
| 船橋市税全税目 | | | | | 滞納なし  （日付入確認印） | | | |  | | | | |
| 年度・税目指定欄  （指定ある場合のみ） |  | | | | （確認日記入） | | | |  | | | | |

**※本確認書を船橋市の行政サービス申請以外に利用することはできません。**

**本確認書の有効期間は税務課確認日より３か月間とします。**

**以下は税務課の記入欄なので、記載しないでください。**

本人確認書類

□運転免許証、□パスポート

□その他（　　　　　　　　　）