船橋市長あて

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

**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入の上、≪障害福祉課≫に提出してください。** | |
| **同意しない場合、以下の申請者欄をご記入の上、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、≪　　　　　　　　障害福祉課≫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。確認にお時間を要する場合がありますので予めご承知おきください。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **※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（所在地） | |  | | |
| 氏名・名称（カナ） | |  | | ㊞ |
| 氏名・名称 | |  | |
| 生年月日（法人は不要） | | 明・大・昭・平・令　　　　　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・名称 |  |  | |
|  | **使用目的** | 船橋市地域生活支援拠点コーディネーター等業務委託に関するプロポーザル参加申請に伴う納税確認のため。提出先部署名：（福祉サービス部　障害福祉課） | | | | |

（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から３か月間とします。**

本人確認書類

□マイナンバーカード

□運転免許証

□その他（　　　　　　　　　）