

市税納税照会同意書

四国中央市長 様

私は、四国中央市が行う特定不妊治療費の助成を受けるにあたり、私及び配偶者の納税状況を、税務課に照会することに同意いたします。

住 所 四国中央市

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日