

諸証明等申請書

鬼北町長 様

令和 年 月 日

| | |
|---|-----------------------|
| 申請者（窓口にくられた方） | |
| 住所 | Tel |
| 氏名(名称) | 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 |
| 証明等の必要な人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> その他() | |
| どなたのものが必要ですか？（本人以外の場合） | |
| 住所 | Tel |
| 氏名(名称) | 大正 昭和 平成 令和 年 月 日生 |

下記のとおり申請します

| 種 類 | 料 金 | 年度 | 備 考 |
|--|---|------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 納税証明書 | 200 円× 件 小計 円 | | |
| <input type="checkbox"/> 完納証明書(滞納がない証明) | 200 円× 件 小計 円 | | |
| 住民税 | <input type="checkbox"/> 所得証明書（所得のみ記載） | 200 円× 件 小計 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 児童手当用 所得証明書 | 200 円× 件 小計 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 課税台帳記載事項証明書 （所得、税額、控除額等が記載） | 200 円× 件 小計 円 | |
| | <input type="checkbox"/> 非課税証明書 | 200 円× 件 小計 円 | |
| <input type="checkbox"/> 納付証明書 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 | — × 件 | 年分 | |
| <input type="checkbox"/> その他の証明書 () | 200 円× 件 小計 円 | | |
| | — × 件 | | |
| 合 計 | 円 | | |

| |
|--|
| 代理人選任届 （※本人又は同一世帯の親族以外の方が申請するとき） |
| 上記の申請者を代理人として、所定の請求をする権限を委任したのでお届けします。 |
| 令和 年 月 日 |
| 氏 名（証明書が必要な方） 印 |

| | | |
|-----------------|---------|--|
| 本人 代理人 確認 | 写真有 1 点 | <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 写真無 2 点 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | そ の 他 | <input type="checkbox"/> 口頭確認 <input type="checkbox"/> 職員面識 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 関 係 確 認 | <input type="checkbox"/> 同一世帯確認済 <input type="checkbox"/> 戸籍確認済 <input type="checkbox"/> その他 () |