

町税等納付（納入）状況確認承諾書

年 月 日

田上町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

補助金等名	田上町带状疱疹予防接種費用助成
担 当 課	保健福祉課

上記の補助金等交付申請に当たり、申請者及びその同一世帯の者の町税等の納付（納入）状況について確認されることを承諾します。

◎納付（納入）状況確認対象者

氏 名	住 所
	(申請者と同じ)
	(申請者と同じ)
	(申請者と同じ)
	(申請者と同じ)
	(申請者と同じ)
	(申請者と同じ)

(注) 1. 申請者を含む同一世帯の者（生計を一にする世帯の者）で、学生を除いて記入してください。

(注) 2. 必ず自書してください。