別記様式第2号

|  |
| --- |
| 広告掲出に係る税情報確認承諾書　　私は、帯広市保健福祉センター広告掲出にあたり市税の滞納がないことを確認するため　担当課が税情報について取得・確認することを承諾します。　　　　　住所（所在地）：　　　　　　　（事業所名）：　　　　　氏名（代表者名）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※税情報の取得を承認される場合は、承諾書に記載、押印してください。

事務連絡

令和　　年　　月　　日

収納課長　　様

　健康推進課長

　　　市税の納税状況について（照会）

　個人（法人名）：

　上記の個人（法人）に係る帯広市税条例第3条に規定する市税の滞納の有無について、上記の承諾書に基づき照会します。

事務連絡

令和　　年　　月　　日

健康推進課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　収納課長

　　　市税の納税状況について（回答）

　先に照会のありました上記の個人（法人）に係る帯広市税条例第3条に規定する市税については、

・　　　年　月　日現在、□　滞納はありません。

　　　　　　　　　　　　　□　納税相談を実施し、分納を認め履行中です。

　　　　　　　　　　　　　□　滞納があります。

　　　　　　　　　　　　　□　課税はありません。

（以下は、「滞納があります。」チェックをつけた場合に使用）

　　令和　　年　　月　　日、税相談を実施し、分納を認め履行中です。