

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）：

印

※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

健康保険室長

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

健康保険室長 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。