

町 税 等 納 入 確 認 書

私（申請・受給者）は、「徳之島町遠方の分娩取扱施設への交通費等支援事業」への添付書類である「町税等納入確認書」の確認作業を（ 1. 徳之島町保健センターへ委任 2. 申請者本人で実施 ） します。

※1又は2いずれかに「○」を記入してください。

なお、委任した場合において納入確認ができない場合には、返却を求めたうえで 申請・受給者本人で再度確認します。

申請・委任日： 令和 年 月 日

申請・受給者 住所： _____

(ふりがな) 申請者氏名	配 偶 者 等 氏 名 (続 柄)	
	()	()
	()	()
	()	()

上記の者について、町税及び各種使用料並びに分担金の滞納がないことを確認願います。

証 明 課 名	担当確認(印)	証 明 課 名	担当確認(印)
総 務 課		耕 地 課	
介 護 福 祉 課 (介護保険料) (保 育 料)		農 林 水 産 課	
健 康 増 進 課 (後期高齢者医療保険料)		建 設 課 (住 宅 使 用 料) (下水道使用料)	
税 務 課		学 校 教 育 課	
水 道 課			

※納入確認を本人で実施する場合は、お手数ではございますが上欄各課において確認依頼をお願いします。