様式第１０号

　　年　　月　　日

(あて先)　　浜松市長

補助金申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印をしてください）

　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　生

市税納付・納入確認同意書

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金交付要綱第３条の規定により、市において、申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

　　　　申請補助金　浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金

※注意事項※

市税の未納分の存在が判明した場合は、補助金の交付はできません。十分確認の上、申請してください。