

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。