

年 月 日

同意書

五所川原市長

住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_

私は、五所川原市骨髄移植ドナー等支援事業補助金の申請にあたり、次の税目について滞納がない旨証明するため、当方の納税状況を確認することに同意します。

- ・ 法人市民税（法人の場合）
- ・ 市県民税（個人の場合）
- ・ 固定資産税
- ・ 軽自動車税
- ・ 国民健康保険税（個人の場合）