

所得課税証明書・納税証明書等 交付申請書

五所川原市長 殿

年 月 日

窓口に来た方	住所	五所川原市 ※方書（アパート名など）も記入してください。		電話番号	— —	
	フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	委任されて申請する場合や、氏名をパソコン等で印字した場合（自署でない場合）には、押印してください。	印
	氏名			年 月 日		

※窓口に来た方の本人確認書類（マイナンバーカードなど）が必要です。※ご本人や同居親族でない方の証明書を申請する場合は、委任状が必要です。（裏面）

どなたの証明が必要ですか	(1)			(2)			(3)		
	□ 窓口に来た方の分 □ 同居親族			□ 同居親族の分			□ 同居親族の分 □ 委任された分		
住所	/			/			五所川原市		
フリガナ									
氏名									
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			大正・昭和・平成・令和 年 月 日			大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
どの証明書が必要ですか	□ 所得課税証明書	年度分	通	□ 所得課税証明書	年度分	通	□ 所得課税証明書	年度分	通
	□ 営業(所在地)証明書		通	□ 営業(所在地)証明書		通	□ 営業(所在地)証明書		通
	□ 納税証明書	年度分	通	□ 納税証明書	年度分	通	□ 納税証明書	年度分	通
	□ 市税等に滞納がないことの証明		通	□ 市税等に滞納がないことの証明		通	□ 市税等に滞納がないことの証明		通
	□ その他 ()		通	□ その他 ()		通	□ その他 ()		通

使用目的	<input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 公営住宅 <input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 官公庁 <input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

※職員記入欄（こちらには何も記入しないでください）		税務課	収納課
1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証（運転経歴証明書） <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他顔写真付き公的身分証明書 ()		
2点	<input type="checkbox"/> 国民健康保険等の被保険者証 <input type="checkbox"/> 共済組合員証 <input type="checkbox"/> 国民年金手帳 <input type="checkbox"/> 印鑑登録証明書 <input type="checkbox"/> 医療受給証 <input type="checkbox"/> その他 ()		

委任状

※委任する方がすべて記入し、押印してください。

代理人（窓口に来る方）の

住所

氏名

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号

私は、上記の者を代理人と定め、下記証明書の交付申請及び受領に係る一切の権限を委任いたします。

記

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 所得課税証明書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 営業（所在地）証明書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 納税証明書 | 通 |
| <input type="checkbox"/> 市税等に滞納がないことの証明 | 通 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | 通 |

委任者（頼んだ方）の

住所

氏名

印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号