

様式第2号（第7条関係）

小松市初回産科受診料支援事業証明用市町村民税情報確認申請書

令和 年 月 日

（あて先） 小松市長

申請者住所

申請者氏名

小松市初回産科受診料支援事業証明用の市町村民税情報確認を申請します。
 なお、本申請の審査に必要な範囲で、市が下記の人々の税情報を調査することに同意します。
 世帯員は18歳以上65歳以下の同一世帯全員の状況をご記入ください。

申出者住所		
申出者氏名		
令和6年1月1日時点の住所		
申出者の世帯員	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所
	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所
	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所
	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所
	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所
	氏名	生年月日 年 月 日
		令和6年1月1日時点の住所

市確認欄（下記は記入しないでください）

確認日	令和 年 月 日	結果	非課税世帯・課税世帯・不明
確認方法	非課税証明書類の提出 ・ 小松市税務課確認 その他（ ）		