様式第４号（第７条関係）

年　　月　　日

八頭町長　様

　　　　申請者　　住　 所

氏　 名　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日　　　 年　　月　　日　生

町税等納付状況確認同意書

私は、八頭町地域医療介護総合確保基金事業補助金の交付申請に伴い、私の町税等（町税・上下水道等分担金・上下水道使用料等）の納付状況について、八頭町が確認することに同意します。