

課 税 証 明 願 (町民税)

令和 年 月 日

五戸町長 若 宮 佳 一 様

申請者(世帯主)

住 所 五戸町 字

氏 名

印

インフルエンザ予防接種及び成人用肺炎球菌ワクチン接種費用の軽減措置の申請に必要ですので、下記の者の平成30年分所得に係る課税状況について証明くださるようお願いいたします。

記

被 証 明 者			平成31年度町民税額	
氏 名	生 年 月 日	続柄	所得割額	均等割額
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			
	M, T, S, H 年 月 日			

注) 上記の太枠内には、課税の有無にかかわらず世帯全員の名前を記入してください。

上記のとおり町民税課税台帳に記載されていることを証明します。

令和 年 月 日

青森県三戸郡五戸町長 若 宮 佳 一 印