

# 同意書

砂川市開業医誘致等条例施行規則第8条の助成金の交付申請に必要な書類の提出のため、砂川市が市税の納入状況を確認することに同意します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

※以下の欄は記入しないでください

市税の納入状況	滞 納 ( 有 ・ 無 )
	市民部税務課納税係確認印