

年 月 日

同意書

(提 出 先)
足 立 区 長

申請者である私は、足立区骨髄等移植ドナー支援事業助成金交付申請に伴い、特別区民税の納付状況について、衛生管理課長が確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏 名			
住 所			

*以下の欄は記入しないでください。

*納付状況（当てはまる欄に○印）

	滞納なし
	課税対象外
	滞納あり（ ）

*確認日 年 月 日

*確認担当職員 印