

様式第2号

年 月 日

(あて先) 浜松市長

補助金交付申請者

住 所

氏 名

(署名または記名押印をしてください)

年 月 日 生

市税納付・納入確認同意書

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付申請者の市税の納付状況について確認することに同意します。

記

申請補助金 浜松市がん患者医療用補整具購入費補助金

※注意事項※

市税の未納分の存在が判明した場合は、補助金の交付はできません。十分確認の上、申請してください。