

県税の納税状況の確認について

私は、がん患者アピアランスサポート事業補助金の交付を福井県に申請するに当たり、福井県の県税事務所等が、福井県健康福祉部保健予防課に対し、私の福井県への納税状況に関する情報を提供することに同意します。

年 月 日

住所（所在地）

[フリガナ]
氏名（名称） 印

福井県知事 杉本達治様

* 納税状況の確認に関する事項

本同意書に基づき提供された納税状況は、福井県が実施するがん患者アピアランスサポート事業補助金の交付事務以外には使用いたしません。

※福井県担当者記入欄

上記の者の 年 月 日現在の県税の納税状況については以下のとおりです。

滞納なし 滞納あり

徴収猶予あり

受付印欄

回答事務所 福井県税事務所 嶺南振興局税務部