

市民税・納税関係証明等申請書（郵送請求用）

令和 年 月 日

阿賀野市長 様

1. 申請者

現住所	電話番号（日中の連絡先） — —		
旧住所			
フリガナ	生年月日	大正／昭和／平成	
氏名		年	月 日

2. どなたの証明書が必要ですか（納税義務者等）

本人 同居家族 被相続人 共有者 その他〔 〕委任状を添付してください。

現住所	<input type="checkbox"/> 1.に同じ	電話番号（日中の連絡先） — —
旧住所		
氏名 または 法人名	フリガナ	生年月日 大正／昭和／平成 年 月 日
使用目的	<input type="checkbox"/> 児童手当 <input type="checkbox"/> 年金申請 <input type="checkbox"/> 扶養確認 <input type="checkbox"/> 医療費助成（特定医療費） <input type="checkbox"/> ビザ申請 <input type="checkbox"/> 公営住宅入居 <input type="checkbox"/> 学校提出（奨学金・就学支援） <input type="checkbox"/> すまい給付金 <input type="checkbox"/> 金融機関提出（借入・保証人） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

3. どの証明書が必要ですか（証明書の種類、年度又は年分）

（注意）年度又は年分の記載がない場合は、最新年度又は最新年分の証明になります。

1 課税証明書	年度（ 年分所得）	件	
2 所得証明書	年度（ 年分所得）	件	
3 営業証明書	年度	件	
4 納税証明書	年度	件	
5 その他証明書	年度	件	
6 閲覧（ ）	年度（ 年分所得）	件	
証明手数料：1件 300円 件	領収金額 円	証明書No.	受付者

この申請書のほかに、次のものを必ず同封してください。

本人確認書類 本人確認のため、申請者のマイナンバーカード、免許証、健康保険証等のコピーを同封してください。※健康保険証の写しを添付する際には「被保険者記号・番号及び保険者番号」の部分にマスキング（読み取れないように隠す）をしてコピーをお取りいただくようお願いします。

証明書手数料 300円×必要枚数分の定額小為替（郵便局で購入できます）

返信用封筒 送付先（ご自宅）の住所、氏名を記入し、切手を貼ってください。

あて先 〒959-2092（専用郵便番号につき住所記載不要） 阿賀野市役所 税務課 市民税係

記入漏れなどがある場合、証明書が発行できませんので、記載事項をもう一度ご確認ください。