

(別紙様式)

納税状況確認承諾書

岩沼市長 殿

岩沼市国民健康保険人間ドック費用助成金の交付申請にあたり、国民健康保険税の納税状況を確認することについて承諾します。

1. 氏 名 _____

2. 住 所 _____

【以下、市記入欄】

●確認事項・・・世帯に令和8年度の前年度までの国民健康保険税に未納がないこと

受 付		国民健康保 険税	完納	一部未納	未納	賦課無し
受付日	令和 年 月 日	確認日	年 月 日			
受付者		確認者				