

住民税課税状況等確認同意書
(介護用品支給事業用)

年 月 日

九十九里町長 様

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

私（世帯）の住民税課税状況、介護保険料、国民健康保険税、後期高齢者医療保険料及び町税を九十九里町長が閲覧・確認することに同意します。