

(様式第3号)

伊丹市税等の納付に関する調査承諾書

市立伊丹病院諸料金請求書兼領収書に広告を掲載するに当たり、私(当社)の伊丹市税等の納付状況を調査されることを承諾いたします。

平成 年 月 日

代表者住所(居住地)

法人名(名称)

代表者名ふりがな

代表者職・氏名

印

代表者生年月日

年

月

日

1. 上記の者(法人)の、納期分までの伊丹市税の納付状況は次のとおりです。

滞納なし

滞納あり

その他()

平成 年 月 日

確認者

収納管理課長

印

2. 上記の者の、納期分までの伊丹市国民健康保険税の納付状況は次のとおりです。

滞納なし

滞納あり

その他()

平成 年 月 日

確認者

国保年金課長

印

市立伊丹病院諸料金請求書兼領収書広告掲載に係る納税状況調査確認願い

収納管理課長 様

国保年金課長 様

上記の者(法人)の納付状況を調査のうえ、確認をお願いします。

市立伊丹病院事務局長