

※税務課 9 番窓口に申請してください

税 務 証 明 書 交 付 申 請 書

(あて先) 北本市長

_____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 申請者

窓 口 に 来 た 人	住 所	電話(_____ - _____)		
	フリガナ		生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名			
	証明の必要な 人との関係	1. 本人 2. 同一世帯の世帯員 3. 代理人(委任状等が必要です) 4. その他 (_____)		

2. 納税義務者 ※窓口に来た人(申請者)と同じ場合は記入不要です。

ど な た の 証 明 で す か	住 所 (所在地)	
	フリガナ	
	氏 名 (名称)	(生年月日：T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日)

※個人情報保護、税情報保護のため、窓口に来た人の本人確認をしていますので、ご協力をお願いします。

確 認	担当者	件 数	手 数 料
免・マイナンバーカード・旅券・ 在留・車検証・健保資格 その他 (_____)		_____ 件	_____ 円

3. なにか必要ですか ※番号を○で囲み、必要事項を記入してください。

1	課税(所得)証明書 または、 非課税証明書	収入額、所得額、税 額、控除額記載 <input type="checkbox"/> 税額、控除額の 記載を省略する 場合は <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 最新のもの <input type="checkbox"/> それ以外 _____年度(_____ 年中の所得) _____年度(_____ 年中の所得) _____年度(_____ 年中の所得)	通
2	軽自動車税納税証明書(継続検査用) ※無料		標識番号(ナンバー) 大宮	通
3	納税証明書	<input type="checkbox"/> 全税目 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 市県民税 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 法人市民税	_____年度分 _____年度分 _____年度分 事業年度： _____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日	通
4	所在証明書 ・ 事業証明書			通
5	その他 (_____ 証明書)			通