

# 証 明 交 付 申 請 書 ( 郵 送 請 求 用 )

香 美 市 長 様

令 和 年 月 日

必 要 な 証 明	証 明 書 の 種 類	必 要 年 度 ( 必 要 年 分 )	通 数
	所 得 課 税 証 明	令 和 年 度 ( 令 和 年 中 の 所 得 )	通
		令 和 年 度 ( 令 和 年 中 の 所 得 )	通
		令 和 年 度 ( 令 和 年 中 の 所 得 )	通
所得金額・所得控除の内訳・税額が記載されます。 記載内容についてご希望があれば右記の□欄に✓を記入してください。			<input type="checkbox"/> 税額の記載なし <input type="checkbox"/> 税額のみを記載

申 請 者	住 所 市・町・村
	フリガナ
	氏 名 ( 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生 )
	※免許証等 ( 身分証明書 ) のコピーを添付してください。 ( 添付書類 : )
	TEL
	※日中に連絡のとれる番号を記入してください。

ど なた の 証 明 が 必 要 で す か	( ど なた の 証 明 が 必 要 で す か 。 レ 点 を つ け て く だ さ い 。 )
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※委任状が必要です。 ※ご本人以外の方が申請する場合には、委任状が必要です。
	住 所 香 美 市 ( 土 佐 山 田 町 ・ 香 北 町 ・ 物 部 町 )
	フリガナ
	氏 名 ( 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生 )
	住 所 香 美 市 ( 土 佐 山 田 町 ・ 香 北 町 ・ 物 部 町 )
フリガナ	
氏 名 ( 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生 )	

使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 融資 <input type="checkbox"/> 扶養申請 <input type="checkbox"/> 健康保険加入 <input type="checkbox"/> 児童 ( 扶養 ) 手当 <input type="checkbox"/> 奨学資金や就学援助 <input type="checkbox"/> 保育園入園 <input type="checkbox"/> 特定疾患申請 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 県営住宅用 <input type="checkbox"/> 市営住宅用 <input type="checkbox"/> 確定申告 <input type="checkbox"/> ビザ更新 <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------	--

提 出 先	<input type="checkbox"/> 金融機関 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 年金事務所 ( 旧 社会保険事務所 ) <input type="checkbox"/> 県市区町村 ( ) <input type="checkbox"/> 幼稚園・保育園・学校 <input type="checkbox"/> 裁判所 <input type="checkbox"/> 入国管理局 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	---

上記目的に使用するため、申請の証明を願います。なお、交付される証明書は、目的以外には使用しません。

※郵送される前に必ず同封物をご確認ください。
<input type="checkbox"/> 本人確認書類コピー <input type="checkbox"/> 返信用封筒 ( 切手を貼ってください。 ) <input type="checkbox"/> 定額小為替 ( 必要通数 × 300 円 )

【 職 員 記 入 欄 】	レシート No.	
	件 数	
	金 額	
	担 当	