税 調 査 に つ い て の 同 意 書

（宛先）金沢市長

金沢市障害福祉職員キャリアアップ支援事業について利用を希望しますので、申請に先立ち申請者の市税の納付状況調査について同意します。

　　年　　 月　 　日

申請者　（法人所在地）

　　　　　（法人名称）

　　　　　　（代表者氏名）　　　 　　　　　　 　 　印

（法人代表者印必須）