（第４号様式）

県税完納情報の提供に係る同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

高知県知事　　　　　　　様

【申請者】

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　　所  （法人本社所在地） |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　　　名  （法人名称及び代表者職氏名） |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 生年月日（個人の場合） |  |

私は、下記のことに同意します。

記

（１）令和６年度高知県医師少数区域等勤務医支援事業費補助金交付審査のため、全ての県税（個人県民税および地方消費税を除く。）及びこれに付随する延滞金等の納付又は納入の状況に関して、税務課から（所属名）に県税の完納情報の提供を行うこと。

（２）（１）の事務を行うために必要な範囲で、本同意書が税務課に共有されること。

（３）県税の完納情報の提供に当たり、医療政策課の指示及び指導がある場合は、その内容に従うこと。

【注意事項】

・法人登記簿に記載の本社所在地、法人名称並びに代表者職氏名をご記入ください。

・この同意書が提出された時点で県税を完納していたとしても、完納の確認まで１週間から４週間程度要する場合がありますので、ご了承ください。

・県税に滞納がないことの証明書を添付される場合は、この同意書は不要です。

・本同意書に基づき提供された完納情報は、当該補助金交付事務以外に使用しません。