（第４号様式）

別紙

県税完納情報の提供に係る同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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７年度高知県在宅歯科診療設備整備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、税務課から在宅療養推進課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、在宅療養推進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。