※太枠内の該当する□にチェックし，必要事項を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　す　る　人 | 現住所 |  |
| フリガナ |  |
| 名前 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 日中の連絡先 |  |
| 証　明　が　必　要　な　人 | □　申請者の証明書が必要（チェックがある場合は申請者本人の証明書を発行します。）※　申請者本人以外の証明書が必要な場合は，次の枠に必要事項を記載してください。 |
| 現住所（所在地） |  |
| 福山市での住所 |  |
| フリガナ |  |
| 名前 | 法人印（※１） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 日中の連絡先 |  |
| 目的（提出先） |  |
| 手数料　　　　　　　　円分の定額小為替を同封します。 |

（※1）法人の証明を申請する場合は，法人印を押印すれば委任状の添付を省略できます。

所得関係　　　　　　　　　　　***※２０２３年度は６月から発行開始予定です。***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| どちらか選択 | □ **所得（非）課税証明書** （所得額・税額・控除額等） | □ **所得証明書** （所得額） |
| 必要な年度を選択 | □　２０２３年度 | 【2022年1月～12月の収入内容】 | 通 |
| □　２０２２年度 | 【2021年1月～12月の収入内容】 | 通 |
| □　２０２１年度 | 【2020年1月～12月の収入内容】 | 通 |
| □　　　　　年度 | 【　　 年1月～12月の収入内容】 | 通 |

医療機関用※福山市に住民票があり，対象年齢に該当かつ非課税世帯であることが条件です。

|  |  |
| --- | --- |
| □ **健康診査用** | 通 |
| □ **肺炎球菌予防接種用・インフルエンザ予防接種用** | 通 |

資産関係　　**※名寄帳は郵送の取扱いをしておりません。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ **固定資産課税台帳記載事項証明書**（評価額・課税標準額・税相当額等） | 年度 | 通 |
| □ **評価証明書**　（評価額等） | 年度 | 通 |
| □ **公課証明書**　（課税標準額・税相当額等） | 年度 | 通 |
| □ **償却資産証明書**□ **無資産証明書** | 年度 | 通 |
| ＜必要な資産＞　　□全て　　□指定資産のみ　　※必要な資産の**地番等**を記入してください。　地番等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

納税関係　※２週間以内に納付した税目については領収書等のコピーを同封してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ **納税証明書** | 年度 | 通 |
| □市・県民税　□固定資産税　□その他税（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ **完納証明書**　（市税に滞納がない旨の証明） |  | 通 |
| 　□福山市の入札参加　 □公益法人申請・報告用　 □酒類免許申請用　 □その他一般 |
| □ **継続検査用納税証明書** | ナンバー【福山　　　　　　　　】 | 通 |

その他　　※住宅用家屋証明書は，別途申請書を作成してください。

|  |  |
| --- | --- |
| □　**法人市民税台帳登載（所在地）証明書** | 通 |