

申 立 書

年 月 日

福 山 市 長 様

申 立 人
(申請者)

本店の所在地

実 印

商号又は名称

代 表 者 名

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

私は、福山市介護予防ケアマネジメント支援システム委託業務プロポーザルの参加申込を行うに当たり、次のとおり申し立てます。

- 1 福山市内に事務所、事業所又は住所を有していません。
- 2 福山市内に固定資産を有していません。
- 3 福山市内に居住する従業員又は福山市内に居住した従業員に係る市民税の特別徴収義務者ではありません。
- 4 その他福山市に納付すべき確定した市税は、ありません。

(注) この申立書は、福山市へ納税義務がない場合に提出してください。
福山市へ納税義務がある場合は、市税の完納証明書を提出してください。