（別記様式５）

令和　　年　　月　　日

加西市長　　　高　橋　晴　彦　　様

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　者  | 商号または名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　印連絡先電話番号 |

　市立加西病院医業未収金回収業務委託プロポーザル参加申込に必要なため、下記の証明を申請します。

　（法人にあってはその代表者が完納されていることの証明も含む。）

　また、申請には以下の者を代理人として委任します。

 （代 理 人）

　 　　　　　 　　 　　　　　 　印

【申請にあたっての留意事項】

・必要事項（枠内）記載のうえ、代表者印（個人の場合は、代表者個人の印（認め））を押印してください。

・代表者が申請されるときは、本人確認できるもの（免許証等）を持参してください。

・代理人が申請されるときは、代理人欄記名のうえ、代理人の印（認め）を押印してください。

・また、代理人の本人確認できるものを持参してください。

**納　税　証　明　書**

　上記の者の市税および国民健康保険税につき、完納されていることを証明します。

令和　　年　　月　　日

加西市長　　　高　橋　晴　彦