

Please present your Identification at the service counter. 受付窓口で本人確認をさせていただきます。

English  
英語版

Application Form for Tax Certificates

税関係証明交付申請書

To the Mayor of Kyotanabe, 京田辺市長

DateYear:Month:Day:

Applicant 申請者	Address 現住所:	Name 氏名:
	Phone 電話番号: - -	Date of Birth 生年月日 Year:Month:Day:

Check ☒ all that apply. 該当するものの□欄に✓を付けてください。

Whose Certificate(s) Do You want? 証明が必要な人	①	<input type="checkbox"/> Self 本人			
	②	Address:	Name:		
		<input type="checkbox"/> Same as Applicant	DOB Year:Month:Day:		
③	Address:	Name:			
	<input type="checkbox"/> Same as Applicant	DOB Year:Month:Day:			

Purpose of Use 使用目的	<input type="checkbox"/> Visa ビザ	<input type="checkbox"/> Child Allowance (Jidou Teate) 児童手当	<input type="checkbox"/> Scholarships etc. 学校関係	<input type="checkbox"/> Proof of Dependants 扶養家族認定
	<input type="checkbox"/> Loan 融資	<input type="checkbox"/> Other ( )		

①②③ Corresponds to the people listed above.

<input type="checkbox"/> Declaration Certificate 課税証明書	Fiscal Year(s) 年度		Number of Copies 通数			
	Current Fiscal Year 最新年度		通	通	通	通
	____ Fiscal Year (taxes of ____ year's income)		① 通	② 通	③ 通	通
	____ Fiscal Year (taxes of ____ year's income)		通	通	通	通

<input type="checkbox"/> Proof of Tax Payment Certificate 納税証明書	Type of Tax(es) 必要な税目	Fiscal Year(s) 年度	Copies 通数		
	<input type="checkbox"/> All Taxes 課税されている税目全て	Current Fiscal Year 最新年度	①	通	
	<input type="checkbox"/> Municipal and Prefectural Residence Tax 市・府民税		②	通	
			③	通	
	<input type="checkbox"/> Fixed Assets and City Planning Tax 固定資産税・都市計画税	____ Fiscal Year 年度	①	通	
			②	通	
			③	通	
	<input type="checkbox"/> Light Motor Vehicle Tax 軽自動車税	____ Fiscal Year 年度	①	通	
			②	通	
	③		通		
<input type="checkbox"/> National Health Insurance Tax 国民健康保険税					

※市記入欄	交付		校合		手数料		本人確認	
	<input type="checkbox"/> 市民税係		<input type="checkbox"/> 市民税係		通 円	(□ 減免) 合計 円	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード	
	<input type="checkbox"/> 収納係		<input type="checkbox"/> 収納係		コピー代 円		<input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード	
	交付	年 月 日	備考	<input type="checkbox"/> *了済	<input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 保険証			
							<input type="checkbox"/> 他 ( )	