

料金等支払証明願

平成 年 月 日

吉富町長 殿

住所

氏名 _____ 印

吉富町特定不妊治療費助成金交付申請の添付書類として提出するため、下記について証明願います。

記

使用料	滞納の有無	備考
介護保険料	有 ・ 無	
保育料	有 ・ 無	
住宅使用料等	有 ・ 無	駐車場使用料等を含む。

上記のとおり、相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

印