年　　月　　日

福井市長　様

住　　所

氏　　名　　(※)

※本人(代表者)が手書きしない場合は記名押印してください。

市税に関する情報の照会についての同意書

私は、「福井市サテライトオフィス立地助成金交付要綱」第６条第１項により指定の申請をするにあたり、当方の納税状況を福井市税務担当課へ照会することに同意します。また、第１８条第１項により、指定の日後、当該交付に係るオフィスの事業開始日後５年を経過するまでの期間、当方の納税状況を福井市税務担当課へ照会することに同意します。