

固定資産証明書 交付申請書

(宛先) 西尾市長

No. _____

- [注意] ・申請者が本人または同一世帯の親族以外は、委任状が必要です。
 ・法人の場合は、名称の右側に代表者印（法人の実印）の押印が必要です

記載方法

申請日	令和 年 月 日
どなたのもの が必要 ですか [1月1日 所有者]	住所 (所在地) 固定資産の所有者の事柄を 記入してください。
	フリガナ 氏名 (名称) 該当項目をチェックしてください。
	生年月日 明 大 昭 平 令 月 日
窓口に みえた かた (申請者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 <input type="checkbox"/> 上に同じ 本人以外の場合に 記入してください。 氏名 所有者との続柄
使用 目的	<input type="checkbox"/> 借入 <input type="checkbox"/> 相続 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 売買 <input type="checkbox"/> その他 ()
必要 な 証 明 書	<input type="checkbox"/> 評価証明書 (通) <input type="checkbox"/> 公課証明書 (通) <input type="checkbox"/> 資産証明書 (車庫証明用) (通) 該当項目にチェック または記入してください。 <input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 家屋 <input type="checkbox"/> 物件指定 ※必ず指定の物件を 記入して下さい。
	指定の物件所在 (物件指定または資産証明書のと き) 西尾市 物件指定または資産証明書の とき記入してください。 合計 _____ 枚
郵送請求の場合の連絡先(電話番号) () - _____	円

本人 確認欄	1点確認	免許証 身障手 マイナンバ ーパスポート	電話番号は必ず記入してください。
	2点確認	保険証 年金手帳 その他 (キャ 通 診	

固定資産証明書 交付申請書

(宛先) 西尾市長

No. _____

- [注意] ・申請者が本人または同一世帯の親族以外は、委任状が必要です。
 ・法人の場合は、名称の右側に代表者印（法人の実印）の押印が必要です

申請日	令和 年 月 日
どなたのもの が必要 ですか [1月1日 所有者]	住所 (所在地)
	フリガナ 氏名 (名称)
	生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日
窓口に みえた かた (申請者)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 <input type="checkbox"/> 上に同じ 氏名 所有者との続柄
使用 目的	<input type="checkbox"/> 借入 <input type="checkbox"/> 相続 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 売買 <input type="checkbox"/> その他 ()
必要 な 証 明 書	<input type="checkbox"/> 評価証明書 (通) <input type="checkbox"/> 公課証明書 (通) <input type="checkbox"/> 資産証明書 (車庫証明用) (通) <input type="checkbox"/> 土地 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 家屋 <input type="checkbox"/> 物件指定 ※必ず指定の物件を 記入して下さい。
	指定の物件所在 (物件指定または資産証明書のと き) 西尾市 合計 _____ 枚
郵送請求の場合の連絡先(電話番号) () - _____	円

本人 確認欄	1点確認	免許証 身障手 マイナンバー パスポート 住基カ ーその他 ()	点検	作成	受付
	2点確認	保険証 年金手帳 その他 (キャ 通 診			