

所得照会同意書

年 月 日

利府町長 殿

利府町がん患者医療用補正具購入費用助成金支給に係る審査のため、町職員が下記事項について照会・確認することについて同意します。

(□にチェック☑をしてください。)

区 分	☑	照 会 ・ 確 認 事 項
助成対象者	<input type="checkbox"/>	① 利府町住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	② 利府町税納付状況（税目・税額・申告の有無等）に関する事項
	<input type="checkbox"/>	③ 市町村民税の課税状況に関する事項
対象者と同一世帯の者	<input type="checkbox"/>	④ 市町村民税の課税状況に関する事項

申請者 住所：利府町

氏名： (続柄)

助成対象者 住所：利府町

氏名：

世帯全員（未成年等以外）の記名（自署）

助成対象者と同一世帯の者 氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：

氏名：