

七ヶ浜町長 殿

七ヶ浜町医療用ウィッグ購入費助成金の交付に係る審査のため、下記事項について照会することに同意します。

| 区分 | 照会事項 |
|--------------|---|
| 助成対象者 | <input type="checkbox"/> 七ヶ浜町住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 七ヶ浜町税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 七ヶ浜町の町民税の課税状況に関する事項 |
| 助成対象者と同一世帯の者 | <input type="checkbox"/> 七ヶ浜町の町民税の課税状況に関する事項 |

(申請者) 住所：
氏名：
(続柄：)

(助成対象者) 住所：
氏名：

(助成対象者と同一世帯の者)
氏名：
(続柄：)

氏名：
(続柄：)

氏名：
(続柄：)

氏名：
(続柄：)

留意事項

1. 氏名は、記名押印又は署名する。
2. 続柄は、助成対象者から見た続柄を記入する。