

七ヶ浜町長 殿

年 月 日

所得照会同意書

七ヶ浜町医療用補正具購入費助成事業実施要綱第6条第1項の規定による申請にあたり、七ヶ浜町が、次のとおり助成金の交付に関し必要な事項を照会、確認することに同意します。

区分	照会、確認事項
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。