様式第２号（第６条関係）

個人情報に関する照会・調査同意書

年　　　月　　　日

　大郷町長　殿

大郷町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請にあたり、下記について、助成金交付の資格審査事務に必要な範囲において、関係機関に照会・調査することに同意します。

（□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 | □ | ①　住民基本台帳の記録に関する事項 |
| □ | ②　大郷町の町民税の課税状況に関する事項 |
| 対象者と同一世帯の者 | □ | ③　大郷町の町民税の課税状況に関する事項 |

※　同意されない場合は、次の書類を添付してください。（上記①～③に対応）

①　住民票の写し（世帯全員分）

②および③　当該年度の課税証明書（世帯全員分）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　　所 |  |
| 助成対象者氏名 |  |
| 世帯員氏名 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |