

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	<input type="checkbox"/>	① 住民基本台帳の記録に関する事項
	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	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	