様式第３号（第５条関係）

年　　月　　日

照 会 同 意 書

　石巻市医療用ウィッグ・乳房補正具購入費助成金交付要綱第５条の規定による申請にあたり、石巻市が、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 | * 石巻市住民基本台帳の記録に関する事項 * 石巻市税等の納付状況等に関する事項 * 石巻市の市民税の課税状況に関する事項 |
| 対象者と同一世帯の者 | * 石巻市の市民税の課税状況に関する事項 |

【助成対象者】　住　　所：

氏　　名：

【対象者と同一世帯の者】　住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：