

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	<input type="checkbox"/> 石巻市住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 石巻市税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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： 印

【対象者と同一世帯の者】 住 所：

氏 名： 印

住 所：

氏 名： 印

住 所：

氏 名： 印

住 所：

氏 名： 印