

年 月 日

照 会 同 意 書

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成要綱第5条に基づき申請するにあたり、大和市が、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"/> 大和市住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 大和市税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 大和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"/> 大和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

# 記入見本

赤い点線枠内をご記入ください

第2号様式（第5条関係）

申請書と同じ日付

27年 4月10日

## 照会同意書

大和市がん患者等ウィッグ購入費助成要綱第5条に基づき申請するにあたり、大和市が、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"/> 大和市住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 大和市税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 大和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"/> 大和市の市民税の課税状況に関する事項

【助成対象者】 住 所：大和市鶴間1-31-7

氏 名：健康 花子

健康

【対象者と同一世帯の者】 住 所：大和市鶴間1-31-7

氏 名：健康 太郎

健康

住 所：大和市鶴間1-31-7

氏 名：健康 花江

健康

住 所：

氏 名：

印

住 所：

氏 名：

印