

様式第3号（第5条関係）

大崎市長 様

年 月 日

照 会 同 意 書

大崎市医療用ウィッグ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、大崎市が、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"/> 大崎市住民基本台帳の記録に関する事項 <input type="checkbox"/> 大崎市税等の納付状況等に関する事項 <input type="checkbox"/> 大崎市の市民税の課税状況に関する事項
助成対象者と同一世帯の者	<input type="checkbox"/> 大崎市の市民税の課税状況に関する事項

【申請者】

住 所：

氏 名：

（続 柄： ）

【助成対象者】

住 所：

氏 名：

【助成対象者と同一世帯の者】

氏 名：

（続 柄： ）

氏 名：

（続 柄： ）

氏 名：

（続 柄： ）

氏 名：

（続 柄： ）

留意事項

- 1 氏名は、記名押印又は署名すること。
- 2 続柄は、助成対象者から見た続柄を記入すること。