

照会同意書

糸島市アピアランスケア推進事業補助金交付申請にあたり、糸島市が福岡県アピアランスケア推進事業費補助金交付要綱により、県から補助金を受けるため、必要な情報（住民基本台帳の記録、市民税の課税状況など）を閲覧、照会することに同意します。

年 月 日

署名欄

同一世帯（住民票上の世帯）の方全員について、本枠の中にご記入ください。
本人が自署する場合は、押印を省略することができます。

	氏名	続柄	生年月日			糸島市記入欄 (市民税所得割年額)
補助対象者と同一世帯の者	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
	印		大正・昭和 平成・令和	年 月 日		円
世帯市民税所得割年額の合計金額						円