

照会同意書

糸島市アピランスケア推進事業補助金交付申請にあたり、糸島市が補助金交付の資格審査に必要な情報（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	