

照 会 同 意 書

下記の者は、春日市が春日市アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱に基づく補助金の決定に係る審査のために必要な範囲において、住民台帳の記録及び地方税関係情報を確認することに同意します。

また、春日市が必要に応じて、医療機関へ治療内容に関する事項、用具の購入先へ購入内容に関する事項について照会・確認することに同意します。

【申請者】（申請者が18歳未満の場合は、その法定代理人）

氏 名	前年の収入 (○で囲む)
フリガナ -----	有 ・ 無

【申請者と住民票上同一世帯の方】

※同意する人が自ら署名してください。

氏 名	申請者との 続 柄	生年月日	前年の収入 (○で囲む)
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無
フリガナ -----		年 月 日	有 ・ 無

※1 同意されない場合は、次の書類を添付して提出してください。

- ・住民票の写し（世帯全員）
- ・当該年度の市民税課税証明書（世帯全員）

いずれも手数料が必要です。申請日前3か月以内に交付されたものに限りです。

※2 同意されない場合は、補助金が支払われないことがあります。

※3 申請の時期等によっては、前々年の収入についてお電話にて確認させていただく場合があります。