

同意書

私が利用しようとする障害者施策において必要のあるときは、私及び私の世帯員の必要な課税資料等を内子町が閲覧することを同意します。

令和 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

(生年月日

印)

続柄

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)

()

(生年月日

印)