様式第２号（第６条関係）

照会同意書及び税額確認票

大和町医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請にあたり，大和町が助成金交付の資格審査のため，必要な範囲において，下記のとおり照会・確認することについて同意します。

（□にチェックをしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 |  | 照会　・　確認事項 |
| 助成対象者 | □ | ①住民基本台帳の記録に関する事項 |
| □ | ②大和町の町民税の課税状況に関する事項 |
| 対象者と同一世帯の者 | □ | ③大和町の町民税の課税状況に関する事項 |

※　同意されない場合は，次の書類を添付してください。（上記①～④に対応）

①　住民票の写し（世帯全員分）

②・③当該年度の課税証明書（世帯全員分）

※　いずれも手数料が必要になります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　　　名 | 本人との続柄 | 印 |
| 助成対象者 |  | 本人 |  |
| 対　　象　　者  と  同一世帯の者 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |