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
助成対象者		本人
対　象　者 と 同一世帯の者		