

# 同意書

私は、下記助成金等の決定のため、深川市長が、私の課税状況について、税務関係担当課に調査報告を求めることに同意します。

## 記

- ① 訪問看護ステーション利用交通費助成
2. 母子栄養食品支給
3. その他( )

令和 年 月 日

住 所 深川市 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

同居家族 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

※年金を含め収入のある同居家族全員の氏名・捺印をお願いします。

(扶養されている家族は除きます)