

# 同意書

私が申請している次の制度の決定に際し、下記の者に関する所得状況について調査することに同意します。

## 【申請している制度】

日常生活用具給付事業

年 月 日

住所 島本町

氏名 \_\_\_\_\_

記

※ 本人（対象者）も含む世帯全員をお書きください。

	世帯構成員氏名	続柄	生年月日	島本町使用欄	
				課税・非課税	税額
対象者の 属する 世帯				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
				確認者名	