

様式第2号（第7条関係）

町 税 等 調 査 閲 覧 同 意 書

私は、明和町低所得妊婦初回産科受診料支援事業実施要綱に基づく助成金交付申請に当たり、私及び私の世帯員について、下記事項を関係職員が調査のため閲覧することに同意します。

記

- 1 住民登録の状況
- 2 町税（明和町税条例に規定する町民税、固定資産税、軽自動車税）の納税状況
- 3 国民健康保険税の納税状況
- 4 介護保険料（明和町介護保険条例に規定する保険料）の納付状況
- 5 国民健康保険の高額療養費の支給状況
- 6 その他（）

年 月 日

明和町長

あて

住所 _____

氏名 _____ 印