

同 意 書

仁木町不妊治療費及び不育症治療費助成金の交付申請するに当たり、仁木町不妊治療費及び不育症治療費助成事業実施要綱に定める助成対象者の資格要件を確認するため、世帯員全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

年 月 日

仁木町長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日

印

氏名									
町道民税	未納	有	・	無	国民健康保険税	未納	有	・	無
固定資産税	未納	有	・	無	軽自動車税	未納	有	・	無

氏名									
町道民税	未納	有	・	無	国民健康保険税	未納	有	・	無
固定資産税	未納	有	・	無	軽自動車税	未納	有	・	無