

同 意 書

音更町不育症治療費補助金の交付決定の審査に必要なときは、申請者及びその配偶者の住所、所得の状況又は同種の補助金等の交付状況等について、公簿等の閲覧及び他市町村への照会等により調査することに同意します。

年 月 日

音更町長 宛て

申請者

住 所

氏 名

㊞

その配偶者

住 所

氏 名

㊞