

心身障害者扶養共済制度補助金の交付決定に当たり必要となる個人情報確認同意書

別添のとおり心身障害者扶養共済制度補助金の交付申請を行うに当たり、下記の伊根町保有の個人情報を参照・確認することについて同意します。

平成 年 月 日

申請者氏名 _____ 印

記

伊根町保有の個人情報	同意の意志
住民基本台帳による世帯の状況	同意する 同意しない
戸籍による家族との続柄	同意する 同意しない
住民税に係る課税台帳による所得の状況	同意する 同意しない

(注意) 上記内容について同意が得られない場合は、別途、住民票や所得証明書等を添付いただく必要があります。