|  |
| --- |
| 同　意　書令和　　年　　月　　日八千代町長　殿住　所　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞ |
|  | 事業名 | 八千代町福祉タクシー利用料金助成 |  |
|  | 担当課 | 保健福祉部　福祉介護課 |  |
| 上記事業の利用申請をするにあたり、下記の者の町税等の納付状況について確認されることに同意します。記納付状況確認対象者（同一世帯の方） |
|  | 氏　　　名 | 住　　　所 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |