様式第３号（第６条関係）

**照 会 同 意 書**

　　年　　月　　日

川崎町長　　殿

申請者　住所

氏名　　　　　　　　　印（続柄 　）

電話番号

川崎町医療用ウィッグ・補正具購入費助成金の交付に係る審査のため、川崎町が下記助成対象者及び助成対象者と同一世帯の者の町民税の賦課状況、関係機関への助成対象者の治療状況・ウィッグの購入状況についての照会、確認することに同意します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | | |
| 助成対象者 |  | | |
| 世帯員氏名 | | 印 | 助成対象者との続柄 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |