調　査　の　同　意　書

次の申請に伴う、所得税及び住民税課税台帳等の調査を行うことに同意します。

□身体障害者手帳診断料助成

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　 住所　泉佐野市

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　本 人）

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　 ）

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄 ）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　）

泉佐野市福祉事務所長　　様