

同意書

中津川市長 様

中津川市がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱に基づく補助金の申請のため、中津川市税の納入状況を調査することに同意します。

令和 年 月 日

住所 中津川市

氏名 (自署)

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

(連絡の取れる電話番号 — —)