

# 同意書

障がい者配食サービスの利用者負担金の決定のために、この事業の担当者が私の市民税の課税状況について確認することに同意します。

令和 年 月 日

申請者

住 所 胎内市

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )

続柄

( ) \_\_\_\_\_ (印)  
(生年月日 )