

様式第2号（第4条関係）

同 意 書

岬町出産祝金の交付を申請するにあたり、岬町出産祝金事業実施要綱第2条に定める交付対象者の資格要件を確認するため、世帯全員の住民基本台帳及び納税状況など必要な確認を町職員が行うことに同意します。

年 月 日

申請者 住 所  
氏 名

※提出いただいた個人情報は、厳重に管理し、本事業以外の目的に使用しません。

※以下の記入は不要です。

住民基本台帳の世帯の確認欄		町税の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
国民健康保険料の滞納の有無確認欄		介護保険料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)
後期高齢者医療保険料の滞納の有無確認欄		保育料の滞納の有無確認欄	
有 ・ 無	(担当確認印)	有 ・ 無	(担当確認印)