豊岡市長　様

　　　年　　月　　日

同　意　書

私は、豊岡市健康福祉部が所管する補助金等交付要綱に規定する豊岡市障害者自動車運転免許取得助成金及び豊岡市身体障害者自動車改造助成金の交付決定にあたり、私の収入状況及びその他の必要な事項について、市が税務情報等を確認することに同意します。

（同意者）　住　所

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

　　　　　　 （ﾌﾘｶﾞﾅ）

　　　　　　　氏　名

（生年月日：　　　年　　月　　日）

※各自、自署または記名・押印でお願いします。