

照会同意書

北九州市がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金交付申請にあたり、北九州市が助成金交付の資格審査のため、必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

(□にチェック☑をしてください。)

| 区 分 | ☑ | 照 会 ・ 確 認 事 項 |
|------------------------------------|---|-----------------------|
| 助成対象者 ※ 対象者が未成年のときは、その法定代理人 | ☑ | ① 北九州市住民基本台帳の記録に関する事項 |
| | ☑ | ② 北九州市の市民税の課税状況に関する事項 |
| | ☑ | ③ 医療機関への治療内容に関する事項 |
| | ☑ | ④ 用具の購入先への購入内容に関する事項 |
| 対象者と 同一世帯の者 | ☑ | ⑤ 北九州市住民基本台帳の記録に関する事項 |
| | ☑ | ⑥ 北九州市の市民税の課税状況に関する事項 |

※ 同意されない場合は、次の書類を添付して提出してください。(上記①～⑥に対応)

- ①・⑤ 住民票の写し(世帯全員分)
- ②・⑥ 当該年度の市民税課税証明書(世帯全員分)

※ いずれも手数料が必要になります。

※ いずれの書類も申請日前3か月以内に交付を受けたものに限ります。

③、④に同意されない場合は、助成金が支払われない場合があります。

【署名欄】※同一世帯(住民票上の世帯)の方について、太枠の中に全員ご記入ください。

| | 氏 名 | 【北九州市記入欄】 市民税所得割年額 |
|-----------------|--------------|-----------------------|
| 助成対象者 | 北九 A子 ※ | 円 |
| 対象者と 同一世帯の者 | 北九 B男 (北九) ※ | 円 |
| | 北九 C代 ※ | 円 |
| | ※ | 円 |
| | ※ | 円 |
| | ※ | 円 |
| 世帯市民税所得割年額の合計金額 | | 円 |
| 税 率 6 % 適 用 額 | | 円 |

この部分は記入しないでください。

※ 本人が手書きしない場合は記名、押印ください。