

# 同意書

大泉町高齢者補聴器購入費補助事業の利用申請にあたり、関係職員が必要な範囲で住民基本台帳、課税台帳、町税及び介護保険料の納付状況の対象要件の確認に必要な事項を閲覧することに同意します。

大泉町長 様

令和 年 月 日

住 所 大泉町

氏 名