善通寺市長　　様

同　意　書

善通寺市家具転倒防止対策事業補助金に係る申請にあたり、次のことに同意します。

・　資格要件の確認に必要な個人情報（住民基本台帳、市税等、身体障害者手帳・療育手帳等認定状況、介護保険法による要介護認定状況等）を自治防災課職員が閲覧し、複写すること。

・　市より求めがあった場合は、速やかに立ち入り検査に応じること。

年月日は空白

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　***善通寺市文京町二丁目1番1号***

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　***善通寺　太郎***

押印廃止