

様式第2号（第5条関係）

同意書

延岡市アピアランスケア支援事業補助金の申請にあたり、市が行う市税（国民健康保険税を含む）の完納確認について同意します。

令和 年 月 日

対象者の住所（
氏名（
生年月日（

）
印）

）