

所得状況照会同意書

年 月 日

長泉町長 様

申請者 住 所 長泉町

氏 名 ⑩

(障害者名 但し、児童の場合には保護者名)

長泉町障害者タクシー利用券交付申請に伴い、受給資格の確認のため必要があるときは、私及び私の世帯員の所得状況（所得額・申告の有無等）について、長泉町長が関係機関に照会し、調査することに同意します。