

同 意 書

下記の利用（予定）者にかかる能代市移動支援事業の申請にあたって、利用者負担の軽減の確認のため、下記の事項について貴職が調査することに同意します。

【同意事項】 同一世帯全員の住民税等課税額

年 月 日

能代市長 様

【利用（予定）者氏名】

【同意者】
住 所

氏 名 印
(利用者との関係)

※ この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に属する家族が記名押印してください。