

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

大館市長 様

(〒 -)

住所

(申請者)

フリガナ
氏名

印

電話番号

個人情報の利用に係る同意書

大館市介護福祉士資格取得支援事業補助金の交付申請にあたり、私に関する下記の情報を、市長が確認することに同意します。

記

- (1) 市内に住所を有し、住民基本台帳に記載されていること
- (2) 市税・国民健康保険税に滞納がないこと