

様式第3号(第5条関係)

明日香村アピアランスケア支援事業助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

私は、明日香村が受診状況等の確認のために、関係機関への照会、住民票、村税納付状況等の閲覧をすることについて同意します。

(宛先)明日香村長

**【対象者】**

住 所

氏 名

印

(対象者自書または記名押印)

**【代理申請者】**

住 所

氏 名

印

(対象者自書または記名押印)