同　意　書

令和　　年　　月　　日

大村市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　次の行政サービスの申請に当たり、前年の所得及び市税の納付状況について調査されることに、同意します。

記

行政サービスの名称　　　認定農業者育成支援事業（農業収入保険制度支援事業）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　 | 氏名 | 生　年　月　日 | 続　柄 | 備　　考 |
| フリガナ申請者 |  | 明・大昭・平　　年　月　日 | 本人 |  |
|  |
| 申請者と同一世帯の者等（フリガナ記入） |  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |
|  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |
|  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |
|  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |
|  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |
|  | 明・大昭・平　　年　月　日 |  |  |
|  |