

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		