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、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　　女性農業者所得向上支援事業

	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		