

平成 年 月 日

岩 国 市 長 殿
(岩国市福祉事務所高齢障害課)

住所 岩国市

氏 名 (印)

課税状況の調査承諾について

ホームヘルプサービス等の福祉サービスを受けるに当たり、私の世帯の課税状況を、市課税課で調査されることに同意します。

なお、次年度以降も継続して上記福祉サービスを受ける場合は、今年度同様に調査されることに同意します。