

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

大館市長 様

(〒 ー)
住所 _____
(申請者) フリガナ
氏名 _____
電話番号 _____

個人情報の利用に係る同意書

大館市介護福祉士資格取得支援事業補助金の交付申請にあたり、私に関する下記の情報を、市長が確認することに同意します。

記

- (1) 市内に住所を有し、住民基本台帳に記載されていること
- (2) 市税・国民健康保険税に滞納がないこと