

年 月 日

(あて先) 日野町長

(申請者) 住所

氏名

(署名または記名押印)

生年月日 年 月 日

個人情報の利用に係る同意書

日野町介護職員初任者研修受講者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、町長が確認することに同意します。

記

1. 町内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記載されていること。
2. 町税等に滞納がないこと。