

# 同意書

福岡市長 殿

福岡市一般不妊治療費助成事業の助成要件である「所得要件」の確認にあたり、業務担当課より税務担当課に、下記の課税・所得状況の照会が行われることに同意します。

記

必要年度 令和（ ）年度の課税・所得状況

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

※印鑑は認印可（スタンプ印不可）