

様式第3号(第6条関係)

同 意 書

年 月 日

(宛先) 村上市長

住 所  
氏 名 ⑩

住 所  
氏 名 ⑩

村上市不妊治療費助成事業の申請に当たり、私たちの市税の納税状況について、市が調査することに同意します。