

北本市難聴者補聴器購入費助成事業 事前確認票

対象者（補聴器が必要な人）	
住 所	北本市
ふりがな 氏 名	
生年月日	年 月 日 （ 歳）
電 話	（ ）

※上記以外の方が提出される場合に記入※

住 所	
ふりがな 氏 名	（続柄）
電 話	

同意書	<p>私はこの助成事業の要件確認のため、市が私の市税滞納歴等の必要な情報の公簿等を確認することについて同意します。</p> <p>氏名 _____</p> <p>住所 _____</p>
-----	---

————— << 下記は市確認欄になります。記入しないでください。 >> —————

<p>【市確認欄】</p> <p><input type="checkbox"/> 下記全て該当 <input type="checkbox"/> 非該当</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 住民登録 <input type="checkbox"/> 65歳以上</p> <p><input type="checkbox"/> 滞納なし ※ない場合<input checked="" type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 市民税 <input type="checkbox"/> 固定資産税 <input type="checkbox"/> 軽自動車税 <input type="checkbox"/> 介護保険料 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険料 </p> <p><input type="checkbox"/> 交付履歴なし</p>	(受付印)
--	-------