様式第２号（第３条関係）

令和　　　年　　　月　　　日

稲　敷　市　長　　　　　様

稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金交付申請に関する承諾書

申請者　住所

氏　　　　　　名

　 　　　　 生年月日

|  |  |
| --- | --- |
| 生年月日世帯員氏名 | 生年月日世帯員氏名 |
| 生年月日世帯員氏名 | 生年月日世帯員氏名 |
| 生年月日世帯員氏名 | 生年月日世帯員氏名 |

　稲敷市水稲病害虫防除薬剤補助金の交付決定に当たり，私及び私の世帯員に関しての，市税の滞納状況について，調査・照会を行うことに同意します。