

同意書

私は、日高市税条例第 90 条第 1 項第 1 号の規定による軽自動車税（種別割）の減免申請にあたり、減免対象となる障がい者・戦傷病者の障がい者手帳・戦傷病者手帳・自立支援医療受給者証の交付内容について、日高市福祉事務所に照会することに同意します。

年 月 日

(あて先) 日高市長

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

電話番号 _____

障がい者・戦傷病者氏名
(申請者本人のときは記入不要)
