

## 市営住宅使用料収納照会同意書

四国中央市長 様

私は、四国中央市が行う特定不妊治療費の助成を受けるにあたり、私及び配偶者の市営住宅使用料収納状況を、建築住宅課に照会することに同意いたします。

住 所 四国中央市

氏 名

生年月日 昭和 ・ 平成 年 月 日