所　得　等　照　会　同　意　書

年　　月　　日

中川町教育委員会　様

住所　中川町字

氏名　　　　　　　　　　　㊞

　就学援助支給対象者の要件に該当するか否かを認定するため、

中川町教育委員会が私及び私の家族全員の所得その他必要な事項

の確認を、課税台帳、資料等により諸調査を行うことに同意します。