

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 ⑩

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。