

同 意 書

愛川町スズメバチ駆除費補助金の支給決定にあたり、町環境課職員がわたしの町税（国民健康保険税を含む。）の納付状況について、確認又は関係資料を収集することに同意します。

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____