

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

石川町長

（〒 ー ）

住所

（申請者）^{ふりがな}氏名

個人情報の利用に係る同意書

石川町介護職員初任者研修受講補助金の交付申請にあたり、私に関する下記の情報を、町長が確認することに同意します。

記

- （1）町内に住所を有し、かつ、住民基本台帳に記載されていること。
- （2）町税等に滞納がないこと。