

同意書

山梨県心身障害者自動車燃料費助成事業の手帳所持者の確認にあたり、関係行政機関へ照会することに同意します。

【照会情報】

手帳所持者の氏名	
手帳所持者の生年月日	

新債権者(親族代表者)

令和 年 月 日

氏 名 (自 署)

※当該助成金交付に関する必要な調査については、関係行政機関での御協力をお願いします。