

年 月 日

芦屋町アピアランスケア支援事業助成金申請者調書

助成対象者名 \_\_\_\_\_

私（同一世帯の者を含む。）は、芦屋町アピアランスケア支援事業実施要綱第2条第4号に規定する暴力団員又は暴力団関係者（以下「暴力団等関係者」という。）でないことを誓約します。

また、芦屋町アピアランスケア支援事業助成金の交付申請に当たり、芦屋町が助成金交付の資格審査のために必要な範囲において、下記のとおり照会・確認することについて同意します。

（□にチェック☑をしてください。）

区分	照会・確認事項	
助成対象者及び助成対象者と同一世帯の者	□	芦屋町住民基本台帳の記録に関する事項
	□	医療機関等関係機関に治療内容及び購入先に購入内容を照会すること
	□	暴力団等関係者でないかについて警察へ照会すること
	□	町税等の納付状況に関する事項
	□	芦屋町の町民税の課税状況

1. 助成対象者

ふりがな 氏名	性別	生年月日
		年 月 日

2. 同一世帯の者（個人情報の使用目的と提供先について同意を得たうえで記入してください。）

ふりがな 氏名	性別	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

※収集した個人情報については、上記照会・確認のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。