同　意　書

令和　　年　　月　　日

稲　沢　市　長　殿

住　所　稲沢市稲府町１番地
稲沢市教育委員会
氏　名　学校教育課長

私は、上記の者が私に係る下記の事項を請求することに同意します。

記

所得課税証明　　各自１通請求すること。

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

住　　所
氏　　名
生年月日　大正・昭和　　年　　月　　日
平成・令和

※　署名はそれぞれ本人が署名してください。