様式第1号（第5条関係）

同　　意　　書

 　　　　年　　月　　日

私は、（申請者氏名）の法定代理人として、（申請者氏名）が門川町手話検定等受験料助成事業費補助金に係る諸手続きを行うことについて、同意します。

（法定代理人（親権者又は未成年後見人））

　　住所：

　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印