

同 意 書

年 月 日

米沢市長 あて

【利子補給対象者（自署）】

住所 _____

氏名 _____

【利子補給対象者と同一世帯の者（自書）】

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

私は、米沢市重粒子線がん治療費利子補給金の申請を行うにあたり、下記の内容について、誓約及び同意します。

記

誓約事項

1. 利子補給対象者は、重粒子線治療の照射治療費開始日において、引き続き 1 年以上、市内に住所を有している。
2. 利子補給対象者及び同一世帯の者の前年（1 月 1 日から 5 月 31 日までの間の申請の場合は前々年）の世帯の課税総所得金額が 600 万円以下である。
3. 重粒子線治療の照射治療費を対象とした先進医療特約保険等の給付金について、受け取るまたは受け取る予定の額は、承認申請書に記載している額である。

同意事項

米沢市もしくは山形県が、米沢市重粒子線がん治療費利子補給金の申請事項を確認するにあたり、以下の閲覧、照会、取得を行うこと。

1. 利子補給対象者及び利子補給対象者同一世帯員の住民記録の閲覧
2. 利子補給対象者及び利子補給対象者同一世帯員の所得額及び課税額情報の閲覧
3. 山形県及び山形大学医学部附属病院への重粒子線がん治療情報の照会及び取得