

同意書

年 月 日

米沢市長 あて

【助成対象者（自署）】

住所 _____

氏名 _____

【助成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. 助成対象者は、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. 助成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、交付申請書兼請求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助成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. 助成対象者及び助成対象者同一世帯員の住民記録の閲覧
2. 助成対象者及び助成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