

年 月 日

天童市長 様

【助成対象者】

住所 _____

氏名 _____

【対象者と同一世帯の者】

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

誓約書兼個人情報の取得に関する同意書

天童市重粒子線がん治療費助成金を申請するにあたって、下記の事項について誓約します。

また、天童市又は山形県が、申請事項及び下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を、天童市、山形県、山形大学医学部附属病院、保険会社等から取得することについて同意します。

記

1. 重粒子線がん治療の照射治療の開始日において、引き続き1年以上、天童市内に住所を有している。
2. 令和3年の世帯の課税総所得金額が600万円以下である。
3. 重粒子線がん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を受け取っていない、又は受け取っているが、当該給付金の額は照射治療費の額に満たない金額であり、その金額を天童市重粒子線がん治療費助成金交付申請書兼請求書に記載している。