

同意書

がん患者医療用補整具購入費の助成を受けるに当たり、次の事項に同意します。

- 1 島田市が、私及び助成対象者の住民基本台帳を閲覧及び確認すること。
- 2 島田市が、助成対象者の医療用補整具の購入に係る助成金等の受給状況について、必要に応じて他の地方公共団体に確認し、及び静岡県に報告を行うこと。
- 3 島田市が、助成対象者が医療用補整具を購入した事業者に対し、医療用補整具の購入の状況を確認すること。
- 4 島田市が、助成対象者が治療を受けた医療機関に対し、がんの治療の内容を確認すること。

年 月 日

島田市長

住 所
申請者
氏 名