様式第２号（第５条関係）

年　　月　　日

富士吉田市長　　　　　　　　　様

住民基本台帳、市税等の収納状況及び

医療機関への治療内容等の照会等に関する同意書

　私は、富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の交付申請に伴う審査のために、富士吉田市が私の住民基本台帳、市税等の収納状況、医療機関へのがん治療の内容及び対象補整具の購入又はレンタルの内容を照会し、並びに確認することに同意します。

　また、富士吉田市から山梨県に対し、富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金の助成実績に係る情報提供を行うことに同意します。

住　　　所

氏　　　名

(自　署)

（申請者と異なる場合のみ）

氏　　　名

　　　　　　　(自　署)