

## 記入例

様式第2号（第5条関係）

① R6年 5月 15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。

② 住 所 富士吉田市下吉田6-1-1

氏 名 富士 花子

（自 署）

③、申請者と異なる場合のみ）

氏 名 富士 太郎

（自 署）

①申請日の日付を記載してください。  
※様式第1号（第5条関係）「富士吉田市がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付申請書兼請求書」と同じ日付を記載してください。

②助成対象者の住所、氏名を記載してください。  
※必ず自署での記載をお願いします。

③助成対象者と申請者（書類提出者）が異なる場合、申請者の氏名を記載してください。  
※申請者が助成対象者本人の場合は記載不要  
※必ず自署での記載をお願いします。