

酒田市長 宛

【助成対象者】

住所 _____
氏名 _____ (印)

【対象者と同一世帯の者】

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

氏名 _____ (印)

誓約書兼個人情報取得に関する同意書

酒田市重粒子線治療費利子補給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、酒田市及び山形県が、申請事項や下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を、酒田市、山形県及び山形大学医学部附属病院から取得することについて同意します。

記

1. 重粒子線治療の照射治療開始日において、引き続き 1 年以上、市内に住所を有している。
2. 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)の重粒子線治療を受けた患者と住民基本台帳上同一世帯に属する者の課税総所得金額の合計額が 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を受け取っていない。受け取っている場合においては、照射治療費に満たない給付額であり、その金額を酒田市重粒子線治療費利子補給金交付申請書兼請求書に記載している。