

様式第 2 号

年 月 日

三川町長 殿

【助成対象者】※署名または押印

住所 _____

氏名 _____

【対象者と同一世帯の者】※署名または押印

氏名 _____

氏名 _____

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

三川町重粒子線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制約します。

また、三川町若しくは山形県が、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、三川町、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、町内に住所を有していること。
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）の世帯の課税総所得金額が 600 万円以下であること。
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、または受け取っている場合は、照射治療費に満たない給付額であり、その金額を三川町重粒子線治療費助成金交付申請書兼請求書に記載していること。