

令和 年 月 日

高 畠 町 長 殿

【助成対象者】

住所 〒

高畠町

氏名

【対象者と同じ世帯の者】

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

高畠町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、高畠町又は山形県が、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、高畠町、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費開始日より1年以上引き続き町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）の世帯の課税総所得金額が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、又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、その金額を高畠町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。