

年 月 日

（宛先）山形市長

【利子補給対象者】

住所 _____

氏名 _____ (印)

【利子補給対象者と同一世帯の者】

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

氏名 _____

誓約書兼個人情報取得に関する同意書

山形市重粒子線がん治療費利子補給金の交付対象者の認定を申請するに当たって、下記の事項について誓約します。

また、山形市又は山形県が、申請事項及び下記の事項を確認するため、申請書に記載された情報を、山形市、山形県、山形大学医学部附属病院、保険会社等から取得することについて同意します。

記

- 1 重粒子線がん治療を受けた者は、重粒子線がん治療の照射治療の開始日において引き続き1年以上、山形市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 重粒子線がん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が当該給付金の額は照射治療費の額に満たない金額であり、その金額を山形市重粒子線がん治療費利子補給対象者認定申請書に記載している。