

飛島村がん患者アピアランスケア支援事業費補助金同意書

年 月 日

飛島村長 様

飛島村がん患者アピアランスケア支援事業費補助金の申請にあたり、以下の事項について同意します。

<p>この申請に係る住民基本台帳（申請者と被接種者が異なる場合は双方の登録事項）及び医療機関等における情報について、飛島村が必要と認めるときは調査を行うことに同意する。</p> <p>※同意しない場合は、住民票の写し（発行から3か月以内のものに限る）を添付してください。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>過去に本事業、又は愛知県内の他市町村が実施する事業により、同種の補整具の購入費用の補助を受けたことがある。はいの場合、補助を受けた補整具の種類を右記にご記載ください。</p> <p>※補助対象者につき、医療用ウィッグ又は乳房補整具の申請はそれぞれ1回限りとなります。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <u>種類（ウィッグ・乳房補整具）</u> <input type="checkbox"/>いいえ</p>
<p>申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意する。</p>	<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>

署名欄

※補助対象者が未成年の場合は、保護者が署名してください。