

年 月 日

鹿角市長 様

同 意 書

鹿角市医療用補正具購入費助成金の交付申請を行うに当たり、以下のことに同意します。

上記助成金交付のために住民情報を確認する必要があるときは、市担当部署に対し必要事項を照会して回答を受けること、及び、必要書類を申請し交付を受けること。

上記助成金交付のために必要な場合は、鹿角市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等の照会を行うこと。

○同意者欄

住民票住所：			
同意者記名押印欄	続柄	生年月日	備考
印	本人	年 月 日	
印		年 月 日	

注 意 事 項

- ・ 申請者が補正具使用者本人でない場合は、申請者及び補正具使用者が記名押印してください。