

様式第2号（第5条関係）

檀原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付に係る同意書

年 月 日

（宛先）檀原市長

檀原市がん患者ウィッグ及び乳房補正具購入費助成金交付（受給資格の確認）のため、  
檀原市長が保有する下記の情報を利用することに同意します。

記

（1）住民票

（2）市税の納付状況

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_