様式第２号（第７条関係）

　　年　　月　　日

　伊佐市長　　　　　　　　　　様

（対象者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

（対象者が未成年の場合はその保護者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

※署名（自署）の場合、押印は必要ありません。

（対象者との続柄：　　　　　　　）

伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業における個人情報の照会に関する同意書

　私は、伊佐市が、伊佐市がん患者ウィッグ購入費助成事業の交付決定及び当該事業に関する助成金の支給を行うに当たり、私が提出した申請書及び申請書類の内容を確認するために、私の住民基本台帳情報を確認するとともに、必要に応じて関係医療機関等に照会を行うことに同意します。