

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

霧島市長 様

（対象者又は対象者が未成年の場合はその保護者）  
住所

氏名 印

（対象者との続柄： ）

霧島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、霧島市が、霧島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閲覧するとともに、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。

※ 対象者が未成年の場合においては、「対象者（ ）」とする。