

様式第1の1号（第5条関係）

同意書（田原市がん患者アピアランスケア支援事業）

年 月 日

田原市長 殿

田原市がん患者アピアランス支援事業補助の申請にあたり、この申請に係る審査のため、住民基本台帳及び医療機関等における情報について、田原市が必要と認めるときは調査を行うことに同意する。

署名（補助対象者）

---

※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。