

年 月 日

照 会 同 意 書

土岐市がん患者医療用補正具購入費用助成事業申請にあたり、岐阜県で助成を受けていないことを岐阜県に確認・照会することを同意します。

【助成対象者】住所：

氏名：

【申請者】住所：

氏名：