

様式第3号（第5条関係）

年 月 日

岩泉町長 様

住 所
氏 名

照 会 等 同 意 書

私は、岩泉町がん患者医療用補整具購入費助成金の交付に係る審査のため、関係機関に対する診療明細の照会及び住民基本台帳の記録の閲覧を行うことに同意します。