

大治町一般不妊治療費補助金交付に関する同意書

令和 年 月 日

大 治 町 長 殿

対 象 者
本 籍 地
住 所 大治町大字
夫 氏 名 印
妻 氏 名 印

私たちは、大治町一般不妊治療費補助金交付に係る下記の事項について同意します。
記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(本市町村内に住所を有することを確認します。)
- 2 戸籍…(法律上の御夫婦であることを確認します。)

以前の補助歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの補助額の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、この補助金の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求められることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。