

第3号様式(第6条関係)

一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

清須市長 様

対象者
住 所
夫 氏 名
妻 氏 名
(自署の場合、押印不要)

私たちは、清須市一般不妊治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧することに関する説明書

助成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又は重婚でないことを確認します。

以前の受給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

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給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、この助成金の以前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。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によって、独自に医療費を助成する制度がありますので、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、助成金の返金を求めることがありますのでご了承ください。

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。