南伊豆町不妊治療費助成事業に関する同意書

平成　　年　　月　　日

南伊豆町長　　　　　　　様

対象者

本籍地

夫氏名　　　　　　　　　　　印

妻氏名　　　　　　　　　　　印

　私たちは、南伊豆町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の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…本町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。

３　前年所得の状況(1～５月の申請は前々年)…町が県の補助を受けるために確認します。

４　その他町長が必要と認めるもの…県要綱による補助金の交付額等を確認します。

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は、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、助成金の返還を求め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。