

様式第2号（第6条関係）

御前崎市不育症治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

御前崎市長 様

(夫)

【本人署名】

(妻)

私たちは、御前崎市不育症治療費助成金交付申請に係る市が行う下記の事項について同意します。

記

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及び確認を行います。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. 市内に住所を有することを確認するため、住民基本台帳を確認します。
2. 県負担金の対象であるか確認するため、前年の所得状況（1月から5月までの申請にあつては前々年）を調査します。
3. 治療を受けた医療機関に治療内容の確認を行うことがあります。
4. 県内の他市町から転入された方について、前住所地にこの助成金の受給状況を確認することがあります。
5. 加入されている医療保険の保険者に、この治療について独自に医療費を助成する制度があるか確認することがあります。

（申請後に、独自の助成を受けたことが判明した場合、助成金の返還を求めることがあります。）