吉田町不育症治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

吉田町長　様

（対　象　者）

本 籍 地　　　　　　　　　　　都･道･府･県

　　　　　　　市町　　　　　　　　　番地

夫 氏 名 印

妻 氏 名 印

私たちは、吉田町不育症治療費助成事業に伴い、吉田町が行う下記の事項について同意します。

記

１　必要な交付要件を確認するため、次の事項について閲覧すること。

　(1)住民基本台帳

吉田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月から5月までの申請にあっては、前々年）

　　　　支給要件として所得制限がありますので、所得状況を確認します。

２　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。