

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 (署名)

妻 氏 名 (署名)

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。