

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。