

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。

2 過去にお住まいの自治体に、不育症治療費助成受給歴の確認をすること

この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支出額の上限が定められています。

県内の他市町から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認す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。