

西尾市一般不妊治療等助成金支給に関する同意書

年 月 日

(宛先)西尾市長

対象者

(夫) 住所

氏名(※)

(妻) 住所

氏名(※)

(※)本人が署名しない場合は、記名押印してください。

私たちは、西尾市一般不妊治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

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します。

なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(西尾市に住所を有すること、夫婦であることを確認します)
- 2 戸籍…(法律上の夫婦であることを確認します)

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に関する説明書

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

県内の他市町村から転入された方は、以前お住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、この助成金の受給状況を確認する場合がありますのでご承知下さい。

なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求められることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。