

臼杵市不妊治療費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

(あて先) 臼杵市長

住 所

申 請 者 氏 名

ⓐ

申請者の配偶者氏名

ⓑ

(自署又は記名押印)

臼杵市不妊治療費助成金交付申請にあたり、下記の項目について同意します。

記

- 1 助成金の交付審査にあたり、住民基本台帳により、助成対象要件について確認すること。
- 2 必要な場合は、助成対象治療等に関し、医療機関へ照会すること。