

同意書

私は、御坊市一般不妊治療費助成の申請に当たり、下記の内容について同意します。

記

1. 申請の審査に必要な範囲で市が住民基本台帳の確認を行うこと。
2. 今回の申請に係る治療に関し、同様の助成が実施されていないかを以前在住していた市区町村及び都道府県に対し、市が確認を行うこと。

年 月 日

住 所

氏 名
(夫)

住 所

氏 名
(妻)