第１号様式の２（第５条関係）

瀬戸市不育症治療費等助成事業に関する同意書

年　　月　　日

（宛先）瀬　戸　市　長

対　象　者
本 籍 地　　都･道･府･県

現 住 所

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、瀬戸市不育症治療費等助成事業に係る下記の事項について同意します。

また、瀬戸市不育症治療費等助成事業実施要綱の内容を確認し、この要綱の規定を遵守します。

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について、次の事項について確認します。

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。

１　住民基本台帳…（瀬戸市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　市税の納付状況等

以前の受給歴について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。国及び県、加入されている健康保険者、その他から本事業と同様の助成や給付を受けている場合、受給状況を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。