

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…（本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愛知県や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。

他市町村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。また愛知県の不育症検査費助成事業を利用した方についても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。

高額療養費・付加給付支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度や健康保険組合によっては付加給付支給制度があります。

これらの支給を受けたかどうかの確認を、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。