

不妊治療費等助成事業に関する同意書

年 月 日

武 豊 町 長 殿

（対 象 者）

本 籍 地 ：（ 武豊町 / 武豊町外 ）

夫 氏 名 ⑩

妻 氏 名 ⑩

私たちは、武豊町不妊治療費等助成金に係る下記の事項について同意します。

記

	同 意 事 項	内 容
1	住民基本台帳の閲覧	本町内に住所を有する期間に受けた治療分であること、また申請時において本町内に住所を有していることを確認します。
2	戸籍謄本の閲覧	法律上の夫婦であることを確認します。
3	受給歴の確認	今回の助成金の申請前に県内の他市町村で助成を受けたことがある場合、その市町村へ受給を受けた状況を確認することがあります。
4	高額療養費の支給の有無	高額療養費制度（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制度）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、支給を受けたことを確認した場合、本助成金の返還を求めることがありますのでご了承ください。

本町の条例に基づき、前年所得の状況（1月～5月の申請にあつては、前々年の所得の状況）を確認します。（愛知県制度の支給要件として所得制限があるため、確認するものです。）

なお、上記の同意事項及び条例に基づく確認において、情報の取り扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。