

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

[ 申請者氏名 ] 印  
（自署又は記名押印）

[ 申請者配偶者氏名 ] 印  
（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、次の事項について同意します。

| 下記事項に同意する場合、同意欄に☑をしてください。                                         |  | 同意欄                      |
|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|
| 1 助成金の交付審査にあたり、申請者本人が属する世帯構成員の住民基本台帳、市税課税台帳等により、助成対象要件について確認すること。 |  | <input type="checkbox"/> |
| 2 夫婦ともに、申請後 1 年以上臼杵市に住所を有すること。                                    |  | <input type="checkbox"/> |
| 3 治療内容等について、医療機関、調剤薬局等に照会すること。                                    |  | <input type="checkbox"/> |
| 4 今回申請する不妊治療費において、他の助成金受領の有無及び助成内容等について、他の地方公共団体に確認すること（※1）。      |  | <input type="checkbox"/> |
| 5 高額療養費や付加給付等について、保険者に確認すること（※2）。                                 |  | <input type="checkbox"/> |
| 6 今回の申請について、偽りその他不正な行為が明らかになったときは、助成金の全部または一部を返還すること。             |  | <input type="checkbox"/> |

※1 他の地方公共団体から助成を受けている場合は、当該助成金の内容及び額を確認できる書類（決定通知書等）を提出してください。

※2 保険者から高額療養費や付加給付等の支給を受けている場合は、当該支給金額を確認できる書類（決定通知書等）を提出してください。