

森町不育症治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

森 町 長 氏 名 様

本 籍 地

都・道・府・県

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、森町不育症治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項を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を確認するため、次の事項について閲覧します。

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…(森町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 前年所得の状況(1月から5月の申請にあつては、前々年)…(支給要件として所得制限がありますので、所得状況を確認します。)

以前の受給歴について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。

県内の他市町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。

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。