

同 意 書

朝日町長あて

朝日町不妊治療費事業の助成の申請にあたり、以下のことについて、同意します。
(同意する項目にチェックを入れてください。)

- ☐ 1. この申請に必要な要件を確認するため、町が、私の住民基本台帳の状況及び徴税等に関して調査すること
- ☐ 2. この申請に必要な要件を確認するため、必要に応じて、高額療養費に関することを、町が、私が加入する公的医療保険の保険者へ調査すること、及び私が加入する公的医療保険の保険者が、その情報を町へ情報提供すること
- ☐ 3. この申請後に、高額療養費を受給した場合には、町へ報告するとともに助成金の過剰交付分を町へ返還すること

年 月 日

(本人自署の場合、押印を省略できます。)

住所

夫氏名

印

住所 (夫と異なる場合のみ記入)

妻氏名

印

※ 1 に同意されない場合は、婚姻関係、住所及び住民となった日を確認できる書類及び納税を確認できる書類を提出ください。

※ 今回の治療が保険適用外の場合は、2 及び 3 への同意は不要です。