

余市町不妊治療費等助成金交付申請に係る状況照会に関する同意書

年 月 日

余市町長 様

私たちは、余市町不妊治療費等助成金の交付を申請するに当たり、町が次の事項について閲覧、照会、調査等を行うことについて同意します。

- (1) 婚姻及び居住の状況（住民基本台帳等の閲覧、照会等）
- (2) 申請者及び配偶者の前年又は前々年の町道民税の課税状況
- (3) 申請者及び配偶者の町税及び国民健康保険税の納入状況
- (4) 治療の状況、費用等の照会、調査等
- (5) その他不妊治療費等助成金交付申請の審査に関し、町長が必要と認める事項

(申請者本人) ※ 必ず自署してください。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(申請者の配偶者) ※ 必ず自署してください。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

【町処理欄】 (以下の欄は記入しないでください。)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)