

東浦町不妊治療費補助事業に関する同意書

平成 年 月 日

(あて先) 東浦町長 様

対 象 者

夫 氏 名 印

妻 氏 名 印

私たちは、一般不妊治療費等の補助に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助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…(本町の住民基本台帳に記録があるか確認をします。)
- 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)…(町が県費補助を受ける際、所得条件を確認するため使用します。)

---

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

この補助金事業は、愛知県の補助事業を受けて行う本町の事業であり、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、所得状況を確認しますのでご承知ください。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この補助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。

---

高額療養費支給に関する説明書

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高額療養費制度があります。

この高額療養費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、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求め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。

( 記 入 例 )

様式第 1 - 2 (第 6 条関係)

東浦町不妊治療費補助事業に関する同意書

(あて先) 東浦町長 様

申請日を記入してください。

平成 年 月 日

対象者(夫と妻)の氏名を記入してください。

対 象 者

夫 氏 名 東 浦 太 郎

妻 氏 名 東 浦 花 子

印  
印

私たちは、一般不妊治療費等の補助

必ず押印してください(同じ印鑑でも構いませんが、認印等、朱肉をつけて押すタイプのものを押してください。)

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

補助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… (本町の住民基本台帳に記録があるか確認をします。)
- 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) … (町が県費補助を受ける際、所得条件を確認するため使用します。)

-----

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

この補助金事業は、愛知県の補助事業を受けて行う本町の事業であり、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、所得状況を確認しますのでご承知ください。

県内の他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この補助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。

-----

高額療養費支給に関する説明書

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高額療養費制度があります。

この高額療養費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、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求め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。