

下田市不妊治療費助成金交付に関する同意書

年 月 日

下田市長 あて

申請者

住所

氏名

印

下田市不妊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の閲覧を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…（下田市内に1年以上住所を有することを確認します。）
- 2 課税状況…（静岡県の特定不妊治療費助成制度の対象になるかどうか等を確認します。）

**その他医療費助成に関する説明書**

- 1 加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、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、助成金の返還を求められることがありますのでご承知ください。
- 2 この助成金は、限られた公費予算から公正な支出を行うため、静岡県の特定不妊治療費助成制度を優先して受けられるよう定められています。特定不妊治療費について申請された方は、静岡県へ助成状況を確認することがあります。また、助成状況により、助成額の変更、又は助成金の返還を求められ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。

以上