

様式第2号（用紙 日本産業規格A4縦型）

同 意 書

伊豆の国市長 宛

不妊・不育症治療費助成金の交付等に関し必要な範囲において、下記事項を行うことに同意します。

記

- 1 夫及び妻の住民登録資料の照会及び閲覧をすること。
- 2 医療機関や保険者に対して、市の職員が問合せを行うこと。
- 3 不妊・不育症治療費助成金において人工授精治療費の助成を受ける方は、下記の①及び②の事項の問合せを行うこと。
  - ① 税務資料等の照会及び閲覧をすること。
  - ② 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、人工授精治療費助成金の受給状況及び所得状況を確認すること。

（備考）

伊豆の国市が実施した市民に対する人工授精費の助成は、静岡県が市に対して助成する一般不妊治療（人工授精）費の助成に該当する場合があります、この場合は、市は県に助成金の申請をすることとなります。

助成金の申請は、要件が定められており、市は①及び②の確認が必要となります。

年 月 日

夫 住 所  
氏 名

（署名又は記名押印）

妻 住 所  
氏 名

（署名又は記名押印）