

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 県補助金の有無に関する情報の照会を行うこと。

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）