

年 月 日

平川市長 長尾 忠行 殿

患者氏名

パートナー氏名

平川市不妊治療費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、平川市以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会、助成確定後の自治体からの照会へ回答を行うことについて同意します。