

年 月 日

平川市長 殿

申 請 者 氏 名

パートナー氏名

平川市不妊治療（先進医療）費助成事業の申請に係る調査及び照会等に関する同意書

私は、私の税情報、住民基本台帳情報、付加給付の有無及びその額等助成の適否を判断するために必要な情報について、市が調査することに同意します。

また、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。