

## 同 意 書

年 月 日

蒲 郡 市 長 様

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、蒲郡市不育症治療費等助成金の交付に係る次の事項について同意します。

- 1 他の市町村に転出される方について、他の市町村が助成金の受給期間及びその額を決定するため、蒲郡市に助成金の受給期間及びその額について照会があったときに、蒲郡市がこれらに回答すること。
- 2 蒲郡市が助成金の交付に関する決定等この規則の実施に関し必要があるときは、不育症に係る治療又は検査を受けた医療機関又は加入されている保険者等に必要な事項を照会すること。