

同意書

年 月 日

蒲 郡 市 長 殿

夫 氏 名 ㊟

妻 氏 名 ㊟

私たちは、蒲郡市不妊治療費助成金の交付に係る次の事項について同意します。

- 1 助成金の対象者であることを確認するため必要があるときは、住民基本台帳及び戸籍並びに前年（1月から5月の申請にあっては、前々年）の所得状況について確認すること。
- 2 助成金の交付額を決定するため必要があるときは、愛知県内の他の市町村から転入された方について、本市が以前にお住まいの自治体へ助成金の受給状況について確認すること。
- 3 愛知県内の他の市町村に転出される方について、愛知県内の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、本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これらに回答すること。
- 4 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、不妊治療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。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。