

藤枝市不育症治療助成事業に関する同意書

年 月 日

藤 枝 市 長 宛

対 象 者

本 籍 地

都・道・府・県

夫 氏 名

印

妻 氏 名

印

私たちは、藤枝市一般不育症治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

1 以前の受給歴について、以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、制度上夫婦あたりの支給限度額の上限が定められています。

県内の他市町から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。

2 その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度があるため、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、受給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返金を求めることがあるので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。

