

(別紙)

桜川市不妊治療費助成金交付申請に係る同意書

平成 年 月 日

桜川市長 様

(夫)

住 所

氏 名

生年月日

印

(妻)

住 所

氏 名

生年月日

印

私は、桜川市不妊治療費助成金交付申請において、桜川市以外の自治体及び関係機関に桜川市が照会することに同意します。