

(別紙)

桜川市不妊治療費助成金交付申請及び交付決定に係る同意書

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及び交付決定において、市が世帯の課税状況等を確認することに同意します。また、桜川市以外の自治体及び関係機関に市が照会することに同意します。