

豊川市一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

豊川市長 殿

対象者

本籍地

夫氏名

(自筆)

印

妻氏名

(自筆)

印

私たちは、豊川市一般不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧することに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。
なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1) 住民基本台帳… 豊川市に住民票を有することを確認します。
- 2) 前年所得の状況(1月から5月の申請にあたっては前々年)…支給要件として所得制限がありますので所得の状況を確認します。

助成金受給歴の交付状況に関する説明書

この助成金は限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給額の上限が定められています。県内の他市町村から転入された方は以前にお住まいの市町村へこの助成金の受給状況を確認することがあります。また従前地から本市に助成金の受給状況の照会があった場合には回答させていただきます。なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を越えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費支給を受けたかどうかの確認を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。また支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求めることがありますのでご承知おきください。なお、情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。