

様式第3号(第5条関係)

豊川市生殖補助医療費補助に関する同意書

年 月 日

豊川市長 殿

対象者

本籍地:

夫氏名:

(自筆)

妻氏名:

(自筆)

私たちは、豊川市生殖補助医療費補助にかかる下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧および照会に同意します。

1 住民基本台帳の閲覧

豊川市に住民票を有すること及び世帯状況を確認します。

2 治療内容・領収金額について

提示された受診等証明書・領収書について不明な点がある場合は、治療を受けた医療機関に照会させていただく場合があります。

3 付加給付金制度に関する照会

付加給付金制度の有無・金額を保険者に照会させていただく場合があります。

※情報の取り扱いには十分に注意し、プライバシーは厳守します。