

設楽町特定不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

設楽町長 殿

対 象 者

本 籍 地

住 所

夫

氏 名

㊟

住 所

妻

氏 名

㊟

私たちは、設楽町特定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

設楽町特定不妊治療費助成金を支給するのに必要な要件を確認するため、設楽町が次の事項について閲覧及び確認を行うこと。

- 1 住民基本台帳・・・設楽町内に住所を有することの確認
- 2 戸籍・・・法律上の夫婦であることの確認
- 3 前年所得の状況(1月から5月の申請にあつては、前々年)・・・所得制限の確認

※ 2については本籍地が設楽町の場合、3については設楽町で課税されている場合に限りします。