

設楽町不妊治療費等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

⑩

住 所

妻

氏 名

⑩

私たちは、設楽町不妊治療費等助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

設楽町不妊治療費等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

※ 2については本籍地が設楽町の場合に限ります。

---

**高額療養費支給等に関する説明書**

医療費の自己負担が高額となった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた部分が払い戻される高額療養費制度、負担給付金制度があります。

この高額療養費等の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します。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、補助金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、個人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。

---