

小牧市不妊治療等補助金交付に関する同意書

年 月 日

(宛先) 小 牧 市 長

対 象 者

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、小牧市不妊治療等助成事業に係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がある場合に

1 次に掲げる小牧市が保有する私たちの情報を調査又は閲覧すること。

- (1) 住民基本台帳
- (2) 戸籍
- (3) 納税情報（市民税、固定資産税及び国民健康保険税に限る。）

2 不妊治療等を受けた医療機関及び加入している保険者に照会すること。※1

※1 領収書の明細について医療機関へ確認することがあります。また、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）を超えた部分が払い戻される高額療養費制度があります。この高額療養費及び付（附）加給付の支給を受けたかどうかを加入している保険者へ確認することがあります。