

様式第2号(第6条関係)

湖西市不育症治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

(宛先) 湖西市長

申請者 住所
夫氏名
妻氏名
TEL

私たちは、湖西市不育症治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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夫婦当たりの支給額の上限が定められています。

静岡県内の他市町から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、独自に医療費を助成する制度がありますので、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ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。