

(別紙1)

大子町不妊治療費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

大子町長 様

(夫)

住 所

氏 名

印

生年月日

(妻)

住 所

氏 名

印

生年月日

私たちは、大子町不妊治療費助成金の交付申請にあたって、住民基本台帳、町税等の納付状況、大子町以外の市区町村における助成金の受給状況及び茨城県への提出書類等について、担当課職員が閲覧、照会及び書類の写しを取得することに同意します。