

様式第2号（第5条関係）

日南市不育症治療費助成金給付申請に関する同意書

私は、日南市不育症治療費助成金給付申請の審査において、夫婦の住民登録状況並びに夫婦（同一世帯者を含む。）の市税及び国民健康保険税の納付状況を閲覧されることに同意します。

また、日南市不育症治療費助成金給付要綱第6条第3項の他市町村へ助成金の給付に係る情報の照会若しくは提供又は医療機関へ治療内容等を照会されることについて同意します。

年 月 日

日南市長 様

申請者（請求者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____