

鹿角市長 様

同 意 書

鹿角市不育症治療費助成金の交付申請を行うに当たり、以下のことに同意します。

上記助成金交付のために住民情報及び市税等の納付状況を確認する必要があるときは、市担当部署に対し必要事項を照会して回答を受けること、及び、必要書類を申請し交付を受けること。

上記助成金交付のために必要な場合は、鹿角市以外の自治体に対する本申請（助成）に係る情報の照会、提供及び医療機関に対する治療内容等を照会すること。

○同意者欄

住民票住所：			
同意者記名押印欄	続柄	生年月日	備考
印	本人	昭平 年 月 日	
印		昭平 年 月 日	

注 意 事 項

- ・ 本人及び配偶者が記名押印してください。