

年 月 日

同意書

不妊・不育治療費助成金の交付を申請するにあたり、夫婦の住民基本台帳、町税等の滞納状況、国民健康保険加入の場合の自己負担限度額区分、各種医療費助成制度の対象、町府民税課税状況の確認、保険者等への照会など、必要な確認を町職員が行うことに同意します。

また、その他の保険者等による同種の給付を受けたり、助成対象外であると判明した場合には、助成を受けた金額の全部または一部の返還に応じることに同意します。

氏 名	氏 名
(申請者)	(配偶者)
(署名又は記名押印)	(署名又は記名押印)
(住所 熊取町)	(住所 熊取町)
(生年月日 平・昭 年 月 日)	(生年月日 平・昭 年 月 日)

町記入欄

町税の滞納確認欄	担当者確認印
有 ・ 無	
国民健康保険料の滞納確認欄	担当者確認印
有 ・ 無	
国民健康保険加入の場合の高額療養費自己負担限度額区分確認欄	担当者確認印
ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	
各種医療費助成制度の対象確認欄	担当者確認印
対象 ・ 非対象	
介護保険料の滞納の有無確認欄	担当者確認印
有 ・ 無	
保育料の滞納の有無確認欄	担当者確認印
有 ・ 無	
申請者及び配偶者の町府民税の課税状況確認欄	担当者確認印
申請者	
配偶者	
令和 年度 課税・非課税	令和 年度 課税・非課税
令和 年度 課税・非課税	令和 年度 課税・非課税