

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。

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