

様式第4（第4条関係）

同 意 書

年 月 日

東郷町長 殿

申請者

住 所

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、東郷町不育症治療費の助成に関する条例に基づく助成金の交付に係る次の事項について同意します。

- 1 助成金の対象者であることを確認する必要があるときは、町長が住民基本台帳及び戸籍について確認すること。
- 2 助成金の交付額を決定するため必要があるときは、町長が他市町村等へ助成金の支給状況について確認すること。
- 3 他市町村が助成金の交付額を決定するため、町長に助成金の支給状況について照会があった場合は、これに回答すること。
- 4 助成金の交付の決定その他のこの規則の実施に関し必要があるときは、町長が不育症治療及び不育症検査を受けた医療機関又は加入されている保険者等に必要事項を照会すること。