

中津市不育症治療費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

中津市長 あて

住 所 中津市 _____

(自署)申 請 者 氏 名 _____

(自署)申請者の配偶者 _____

中津市不育症治療費助成金交付申請にあたり、下記の事項について同意します。

記

- 1 大分県不育症検査費助成金給付の有無及び助成内容について大分県に確認すること、又は大分県から中津市不育症治療費助成金交付について照会があったとき回答すること。
- 2 夫婦の一方が他県又は他市町村に居住する場合において、当該県又は該当市町村に不育症治療費等助成制度がある場合、中津市が当該県又は該当市町村に中津市の助成内容を通知すること、又は当該県若しくは該当市町村から照会があったときに回答すること。
- 3 夫婦の一方が他県又は他市町村に居住する場合において、中津市不育症治療費助成金交付申請後、当該県又は該当市町村が今後不育症治療費助成制度を創設したときは、前 2 項の規定に準じて取り扱うこと。