

長久手市一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

長久手市長 様

対 象 者

住 所 長久手市

夫 氏 名

生年月日

妻 氏 名

生年月日

連絡先：

私たちは、長久手市一般不妊治療費助成金に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な次の事項の閲覧をすることに関する説明書

助成金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳又は外国人登録原票・・・（市内に住所を有すること、事実婚の場合、同世帯であることを確認します。）
- 2 戸籍（法律上のご夫婦であることを確認します。事実婚の場合は、重婚でないかを確認します。）

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給額
の上限が定められています。

県内の他市町村から転入された方は、以前お住まいの自治体へ、この助成金の以前の受
給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

高額療養費支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分
が払い戻される高額療養費制度があります。

この高額療養費の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保
険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、
助成金の返還を求めることがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します