

同 意 書

日の出町長 様

この度の日の出町特定不妊治療費（先進医療）助成金の申請にあたり、日の出町が必要な住民情報等を閲覧し確認することを承諾します。また、助成事業の適正化を図るために必要な場合は、他自治体に情報の照会をすることについて同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名

配偶者氏名