

第1号様式の2（第6条関係）

日進市一般不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

日進市長 あて

対象者
夫氏名

妻氏名

私たちは、日進市一般不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

- 1 市が助成金交付に係る審査のために必要な住民基本台帳を閲覧すること。
- 2 市が以前に居住していた自治体での受給歴について確認すること。
（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夫婦当たりの支給額の上限が定められています。愛知県内の他市町村から転入された方は、以前に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。）
- 3 市が高額療養費支給の有無及び保険者が一般不妊治療費について任意に行う給付の有無について確認すること。
（医療費の自己負担額について、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や、加入されている健康保険組合によっては独自に医療費を助成する制度がある場合がありますので、加入されている健康保険組合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。）