

第2号様式（第6条関係）

日進市不妊治療前ペア検査費用補助金交付事業に関する同意書

年 月 日

日進市長 宛て

対象者  
夫氏名

妻氏名

私たちは、日進市不妊治療前ペア検査費用補助事業に係る下記の事項について同意します。

記

- 1 市が、補助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（この補助金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦当たりの支給回数を1回に定めています。他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体にこの補助金の以前の受給状況を確認することがあります。）。
- 3 市が、補助金交付に係る審査に必要な情報を医療機関に確認すること。
- 4 市が、高額療養費支給の有無及び保険者が不妊検査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に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、補助金の返還を求めることがあります。）。