

氷見市特定不妊治療費助成金交付に関する同意書

年 月 日

氷見市長 あて

(申請者)

住 所

氏 名

電 話

特定不妊治療費の助成申請の審査に関して、次に掲げる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 過去に他の自治体で受けた助成状況について市が他の自治体に確認すること。
- 3 市が世帯全員の市税の納付状況を確認すること。
- 4 市が高額療養費制度や付加給付金制度の支給について健康保険組合等へ確認すること。
(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独自に医療費を助成する「付加給付金制度」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。)