

同意書

茅ヶ崎市特定不妊治療費助成の申請にあたり、所得状況、住民記録情報を公簿等により職員が確認することに同意します。

年 月 日

住 所

1月1日時点の住所

氏 名 (夫)

印

同意書

茅ヶ崎市特定不妊治療費助成の申請にあたり、所得状況、住民記録情報を公簿等により職員が確認することに同意します。

年 月 日

住 所

1月1日時点の住所

氏 名 (妻)

印