

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※申請日と同一の日付を記入してください。

住所 茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1

1月1日時点の住所

氏名(夫) 茅ヶ崎 太郎

印

「補助金交付申請書」と同一の印を押印してください。

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