

同意書

茅ヶ崎市不育症治療費助成の申請にあたり、所得状況、住民記録情報等を公簿等により市職員が確認すること、及び他の市町村における同様の助成の受給状況について当該他の市町村に照会することについて同意します。

令和 年 月 日

住所

1月1日時点の住所

氏名(夫)

同意書

茅ヶ崎市不育症治療費助成の申請にあたり、所得状況、住民記録情報等を公簿等により市職員が確認すること、及び他の市町村における同様の助成の受給状況について当該他の市町村に照会することについて同意します。

令和 年 月 日

住所

1月1日時点の住所

氏名(妻)