

稲沢市不育症治療費等補助金事業に関する同意書

年 月 日

稲沢市長 殿

対 象 者
住 所

氏 名(夫)

氏 名(妻)

私たちは、稲沢市不育症治療費等補助金に係る下記の事項について同意します。

記

補助金交付の審査のために必要な次の事項を閲覧及び取得することに関する説明書

補助金を交付するのに必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧及び取得します。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

- 1 住民基本台帳…(本市に住所を有することを確認します。)
- 2 治療内容等…(医療機関に照会する場合があります。)
- 3 高額療養費、付加給付金等の支給状況等…(保険者に照会する場合があります。)

受給状況についてお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

ご夫婦のどちらかが他市町村に住民票がある方は、お住まいの自治体へ、受給状況を確認することがありますので御承知ください。

高額療養費・付加給付金支給に関する説明書

医療費の自己負担額が高額となった場合、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があります。

この高額療養費の支給と、付加給付金の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等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、補助金の返還を求めることがありますので御承知ください。

なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。