

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

同 意 書

不妊治療費等助成金の支給申請に当たり、袖ヶ浦市が保有する公簿等により、袖ヶ浦市不妊治療費等助成事業実施要綱第3条第1号イ及びウ又同条第2号アからウまで（事実婚関係にある場合は、アを除く）に規定する要件について、袖ヶ浦市が確認することに同意します。

また一般不妊治療等の申請においては、治療の内容について、袖ヶ浦市が医療機関に確認することに同意します。

申請者

ふりがな  
氏 名  
生年月日  
住 所  
電話番号

ふりがな  
氏 名  
生年月日  
住 所  
電話番号