様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

　袖ケ浦市長　　　　様

同意書

　不妊治療費等助成金の支給申請に当たり、袖ケ浦市が保有する公簿等により、袖ケ浦市不妊治療費等助成事業実施要綱第３条第１号、第２号及び第３号に規定する要件について、袖ケ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、袖ケ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