

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

袖ヶ浦市長 様

承 諾 （ 同 意 ） 書

袖ヶ浦市特定不妊治療費等助成事業の助成金の支給申請にあたり、袖ヶ浦市が保有する関係帳簿等により、私どもの婚姻の事実、居住の状況及び市税の納付状況を確認することを承諾します。

また、治療又は検査の内容について、袖ヶ浦市が医療機関に確認することについて同意します。

申請者

ふりがな
氏 名
住 所
電話番号

印

配偶者

ふりがな
氏 名
住 所
電話番号

印