

(表)

様式第3号

年 月 日

天栄村長 様

申請者氏名

申請者の配偶者氏名

生殖補助医療交通費支援事業助成金に係る照会等に関する同意書

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、天栄村以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

(\* 裏面の説明書をご覧ください)

(裏)

治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び他市町村に確認及び情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用及び保険適用外の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。

申請のあった治療が上記の内容に適合するか、治療を実施したクリニック等に確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している市町村から転入された方又は転入される方につきましては、当該市町村に、この助成金の以前の受給状況の確認及び交付の状況について情報提供をすることがあります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。