

様式第1号の2（第4条関係）

大津町特定不妊治療費助成事業に関する同意書

年 月 日

大津町長 様

夫 住所

氏名

㊞

妻 住所

氏名

㊞

私たちは、大津町特定不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

町は、大津町特定不妊治療費助成事業の実施に際し、助成対象要件を確認するため、次の事項について閲覧します。

(1) 世帯構成員全員の町税の納税状況

※情報の取り扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

税務課記入欄

係長	担当

申請者世帯

滞納あり・滞納なし

町民税・固定資産税・軽自動車税・その他

上記のとおり、確認しました。

税務課長