

様式第1号の2（第5条関係）

大津町不妊治療費（一般不妊治療・特定不妊治療・先進医療）助成事業に関する同意書

日付は空欄にしてください

年 月 日

大津町長 様

押印不要です
それぞれ自署してください

夫 住所 大津町大津〇〇〇〇番地

氏名 〇〇 〇〇〇〇

妻 住所 大津町大津〇〇〇〇番地

氏名 〇〇 〇〇〇〇

私たちは、大津町不妊治療費（一般不妊治療・特定不妊治療・先進医療）助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

町は、大津町不妊治療費（一般不妊治療・特定不妊治療・先進医療）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) 住民基本台帳
- (2) 戸籍（大津町に本籍がある場合のみ）
- (3) 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