

高取町生殖補助医療費助成金交付に係る同意書

年 月 日

高取町長 様

高取町生殖補助医療費助成金交付事務（受給資格の確認）のため、高取町長が保有する下記の情報を利用することに同意します。

記

- (1) 戸籍謄本（戸籍以外の公簿により夫婦であることの確認ができる場合を除く。）
- (2) 住民票謄本
- (3) 町税等の納付状況

（ 夫 ・ 妻 ）

住所： _____

氏名： _____

（自署でお願いします）

（ 夫 ・ 妻 ）

住所： _____

氏名： _____

（自署でお願いします）