

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に係る同意書

年 月 日

佐伯市長 様

住所 佐伯市 _____

申請者氏名（自署） _____

申請者の配偶者氏名（自署） _____

佐伯市子宝支援事業助成金給付申請に当たり、次の事項について同意します。

- 1 不妊治療費助成事業に関する他の助成金受領の有無及び助成内容について他の地方公共団体に確認すること。
- 2 助成金の交付審査に当たり、戸籍謄本、住民票、市民税課税台帳等により、助成対象要件について確認すること。
- 3 必要な場合は、治療等に関し、医療機関、調剤薬局等に照会すること。
- 4 保険者に他公費制度並びに付加給付等について確認すること。
- 5 今回の申請について、偽りその他不正な行為が明らかになった時は、助成金の全部または一部を返還すること。
- 6 夫婦ともに申請をした日から1年間は佐伯市に居住すること。ただしやむを得ない事情の場合は除く。