

(別紙 1)

茨城県不妊治療費補助金交付申請に係る同意書

平成 年 月 日

保健所長 様

(夫)
住 所 _____
(フリガナ)
氏 名 _____ 印

生年月日 _____

(妻)
住 所 _____
(フリガナ)
氏 名 _____ 印

生年月日 _____

私は、茨城県不妊治療費補助金交付申請にあたり、茨城県以外の自治体における受給状況について茨城県が照会することに同意します。

<転入前の住所等>

平成 16 年 4 月 1 日以降に茨城県に転入された場合に、ご記入ください。

転入年月日 平成 年 月 日

住所 _____