

(別紙1)

茨城県不妊治療費補助金交付申請に係る同意書

年 月 日

保健所長 殿

(夫)  
住 所  
(フリガナ)  
氏 名

生年月日

(妻)  
住 所  
(フリガナ)  
氏 名

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（県内中核市を含む。）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日以降に茨城県以外の自治体（県内中核市を含む。）より転入された場合に、ご記入ください。

転入年月日 年 月 日

住所

<過去に助成歴がない場合>

過去に補助金を受けたことがない場合には、婚姻日をご記入ください。

婚姻日 年 月 日

※戸籍謄本に記載されてある、婚姻日を記入