

同意書

音更町特定不妊治療費（生殖補助医療費）補助金の交付決定の審査に必要なときは、申請者及びその配偶者の住所または同種の補助金等の交付状況等について、公募等の閲覧及び他市町村への照会等により調査することに同意します。

年 月 日

音更町長 宛て

申請者

住所

氏名

（署名または記名・押印）

配偶者

住所

氏名

（署名または記名・押印）