

第3号様式（第6条、第7条関係）

同 意 書

柏崎市不育症治療費助成事業の交付決定のために必要があるときは、柏崎市長が下欄の申請者に係る次の情報を保有する機関に対し、確認や照会をすることについて同意します。

- ・ 住民登録状況
- ・ 高額療養費及び付加給付金の決定状況及び診療点数

<申請者：夫> 年 月 日

氏名		
生年月日	年	月 日
保険者名称（保険者番号）	（ ）	
被保険者記号・番号	（記号）	（番号）
資格取得日	年 月 日	本人 ・ 扶養

<申請者：妻>

氏名		
生年月日	年	月 日
保険者名称（保険者番号）	（ ）	
被保険者記号・番号	（記号）	（番号）
資格取得日	年 月 日	本人 ・ 扶養

※原則、自署でご記入ください。