

第3号様式（第6条、第8条関係）

同 意 書

柏崎市不妊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。