

この助成金は、限られた公費予算からの公正な支出を行うため、1夫婦あたりの支給回数の上限が決められています。

他の自治体から転入された方は、以前にお住いの自治体に、又は、夫婦どちらか一方が熊本県外にお住いの自治体へ、この助成金の以前の受給状況を確認することがありますのでご承知ください。

なお、情報の取扱いには十分に留意し、プライバシーは厳守します。

年 月 日

同意書

熊本県知事

私たちは、特定不妊治療費の受給状況について、熊本県が必要に応じて自治体へ照会することに同意します。

<申請者>

ふりがな

氏名 _____ 生年月日：昭和・平成 年 月 日

住所： _____

<配偶者・パートナー>

ふりがな

氏名 _____ 生年月日：昭和・平成 年 月 日

住所※： _____

※申請者と配偶者・パートナーの住所が異なる場合に御記入ください。

<転入前の住所等>

転入年月日と転入前の住所をお書きください。

転入年月日 _____ 年 月 日

住所： _____