

様式第2号（第6条関係）

甲佐町一般不妊治療（人工授精）費助成事業に関する同意書

年 月 日

甲佐町長 様

夫 住 所

氏 名

妻 住 所

氏 名

私たちは、甲佐町一般不妊治療（人工授精）費助成金にかかる下記の事項について同意します。

記

町が助成金を交付するために必要な要件を確認するため、次の事項について閲覧すること。

1. 住民基本台帳（本町に夫婦の両方が住所を有することを確認）
2. 戸籍（法律上婚姻している夫婦であることを確認）
3. 町税等の収納状況（夫婦に町が徴収する税金等の滞納がないことを確認）