

## 同意書

伊達市長

年 月 日

次の2名は、生殖補助医療費の助成申請に当たり、支給決定に関して必要な住民情報等の情報を閲覧し確認することを承諾します。また、助成の適正を図るために必要な場合は、他自治体に情報の照会、提供をすること及び医療機関等に受診等証明書等の内容を照会することについて同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

配偶者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※自署の場合は押印省略可