

同 意 書

私たちは、千歳市不育症治療助成金の交付要件確認のため、千歳市における住民基本台帳、市税に関する公簿を閲覧及び調査することに同意します。

また、このたび不育症治療に係る助成金の申請に際し、北海道に提出しました関係書類の複写を貴職が依頼し、受理することに同意します。

令和 年 月 日

千歳市長 様

同意者住所 千歳市

同意者氏名 (夫) _____ (印)

同意者住所 千歳市

同意者氏名 (妻) _____ (印)

* 夫婦の住所が同一の時は、同意者住所は1か所の記載とすること。

* 印鑑は、申請書に押印したものと同一のものを押印すること。