

碧南市不妊治療費助成事業に関する同意書（生殖補助医療用）

令和 年 月 日

碧 南 市 長 殿

対象者

夫 氏 名

妻 氏 名

私たちは、碧南市不妊治療費助成事業に係る下記の事項について同意します。

記

助成金交付の審査のために必要な事項の閲覧に関する説明書

助成金を交付するのに必要となる治療内容等について医療機関等に確認することがあります。
なお、情報の取扱いには十分注意し、プライバシーは厳守します。

以前の受給歴について以前にお住まいの自治体に確認を行うことに関する説明書

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夫婦あたりの支給期間等が定められています。

他市町村から転入された方は、以前にお住まいの自治体へ、また、単身赴任等で夫と妻が異なる場所に住所を有する場合等にあっても、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注意し、プライバシーは厳守します。

その他医療費助成に関する説明書

加入されている健康保険組合等によっては、医療費の自己負担額が高額になった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分について、高額療養費、付加給付金等の独自に医療費を助成する制度があります。

この高額療養費等の支給を受けたかどうかの確認を、加入されている健康保険組合等の保険者へ確認することがあります。また、支給を受けたことが申請時以降に確認できた場合、助成金の返還を求められ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注意し、プライバシーは厳守します。