様式第８号【第８条関係】

同　　　　意　　　　書

　私たちは、このたびの不妊治療に係る助成金の申請に際し、町が関係機関に対し治療状況及び所得状況等について照会することに同意します。

　　年　　月　　日

　厚真町長　　　　　　様

同意者住所

同意者氏名

同意者住所

同意者氏名