

(表)

年 月 日

盛岡市長 様

申請者氏名

申請者の配偶者・パートナー
氏名

特定不妊治療交通費助成金に係る照会等に関する同意書

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、岩手県へ本申請に係る情報の照会及び提供並びに医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

(* 裏面の説明書をご覧ください)

(裏)

治療の内容・結果及び以前の受給歴について、医療機関及び
岩手県に確認及び情報提供を行うことに関する説明書

この助成金は、限られた公費予算の公正な支出を行うため、対象の治療を保険適用の体外受精、顕微授精、男性不妊治療と定めています。また、申請は年度につき1回です。

申請のあった治療が助成の対象に適合するか、治療を実施したクリニックに確認することがあります。また、同様の助成事業を実施している岩手県内市町村から転入された方または転出される方につきましては、岩手県に、この助成金の以前の受給状況の確認及び盛岡市が行う交付の状況について情報提供をすることがあります。

なお、情報の取り扱いには十分留意し、プライバシーは厳守します。