

様式第 2 号（第 5 条関係）

住民基本台帳の記録及び市税の納付状況の確認に係る同意書

年 月 日

潟上市長 様

申請者 住 所 _____
氏 名 _____

潟上市先進医療等不妊治療費助成金の交付にあたり、潟上市が住民基本台帳の記録及び市税の納付状況を確認することに同意します。

氏名	続柄	生年月日	同意欄
			同意する・同意しない
			同意する・同意しない