

# 同意書

令和 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、潟上市が住民登録情報を確認又は利用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