

三郷町不妊治療・不育治療費助成金交付に関する同意書

三郷町長 様

申請者
氏名

三郷町不妊治療・不育治療費助成金交付申請に関する下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

<確認事項>

- 1 助成金交付の審査のための必要事項の閲覧について
 - (1) 住民基本台帳（夫婦であること及び町内に1年以上住所を有することの確認のため）
 - (2) 夫婦の町税の納付状況

- 2 助成実績について
 - (1) 前住所地の自治体へ、不妊治療・不育治療に対する助成金等の受給実績についての照会を行います。
 - (2) 本町より転出された場合、他の自治体から本町へ不妊治療・不育治療に対する助成金の交付についての照会があったときは、当該照会に回答します。

- 3 高額療養費支給等に関する確認について
 - (1) 医療費の自己負担額が高額となった場合は、一定金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費等について、保険者へ照会します。

- 4 治療状況等について
 - (1) 治療状況などについて医療機関及び調剤薬局等に照会します。

<個人情報の保護について>

三郷町は、この事業で知り得た情報について、申請者のプライバシーには十分配慮し、秘密保持を厳守するとともに、情報の取り扱いには十分留意します。

<助成金の返還について>

虚偽の申請、その他の不正手段により助成金の交付決定を受けた場合は、支給された助成金を返還していただくことがあります。