

王寺町不育治療費助成金交付に関する同意書

王寺町長 様

対象者

(夫) 住 所

電 話

氏 名

(妻) 住 所

電 話

氏 名

王寺町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

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(本町に1年以上住所を有することの確認のため。)

(2) 戸籍・・・(法律上の夫婦であることの確認のため。)

※王寺町に本籍がある夫婦に限ります。

(3) 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、不育治療に対する助成金等の受給実績について照会をします。

(2) 本町より転出された場合、他の自治体から本町へ不育治療に対する助成金交付についての照会があった場合それに回答します。

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、一定の金額(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>

王寺町は、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、その他の不正の手段により助成金の交付決定を受けた場合は、交付された助成金を返還していただくことがあります。