第４号様式（第６条関係）

大分県特定不妊治療費等助成金給付申請に係る同意書

年　　月　　日

大分県知事　　殿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申　請　者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者の配偶者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

大分県特定不妊治療費等助成金給付申請にあたり、下記の項目について同意します。

記

１　居住地の市町村が実施する特定不妊治療費助成制度がある場合は、大分県が当該市町村の助成金給付の有無及び助成内容について当該市町村に確認すること。

２　居住地の市町村が実施する特定不妊治療費助成制度がある場合は、大分県特定不妊治療費助成金の給付決定後、大分県が当該市町村に大分県の助成内容を通知すること、又は当該市町村から照会があったとき回答すること。

３　他の都道府県又は指定都市若しくは中核市から大分県特定不妊治療費等助成金の給付状況の照会があったとき回答すること。

４　必要に応じて、他都道府県又は指定都市若しくは中核市が実施する特定不妊治療費助成事業に係る助成金の給付状況について照会すること。

５　助成対象治療の内容や状況について、必要に応じて医療機関に照会すること。