

鹿嶋市不育症検査及び治療費助成金交付申請に係る同意書

年 月 日

鹿嶋市長 様

夫

住 所

氏 名

生年月日

妻

住 所

氏 名

生年月日

私は、鹿嶋市不育症検査及び治療費助成金交付申請に係る下記の事項について、市の職員が確認することに同意します。

記

【確認する内容】

- 1 住民基本台帳記載内容
- 2 鹿嶋市税条例に規定する税及び国民健康保険税に関する納付状況