

同 意 書

鳥取市不妊治療費助成金の申請にあたり、必要があるときは、私の支給認定世帯員に関係する収入、課税状況など必要事項について、鳥取市が照会確認することに同意します。

年 月 日

鳥取市長 様

(申請者)

住 所

氏 名 印
(自署の場合は押印不要)

(配偶者)

住 所

氏 名 印
(自署の場合は押印不要)

本同意書は、鳥取市不妊治療費助成金に係る目的以外に使用することはありません。