

年 月 日

北上市長 様

北上市特定不妊治療費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書

北上市特定不妊治療費助成金交付決定のために市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

| | | | |
|-------------------------------|----------------------------|------|---------------|
| 受診者 | (ふりがな) | 生年月日 | S・H 年 月 日生 |
| | 氏名 ⑩ | | |
| 配偶者 | (ふりがな) | 生年月日 | S・H 年 月 日生 |
| | 氏名 ⑩ | | |
| 住所 | 〒 ー 北上市 電話番号 () | | |
| 住所 ※受診者と配偶者の住所が異なる場合に住所を記入 | 〒 ー 電話番号 () | | |