

様式第2号（第5関係）

年 月 日

一関市長 様

申請者氏名

申請者の配偶者氏名

一関市不妊に悩む方への特定治療支援事業費助成事業の申請に係る照会等に関する同意書

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び提供並びに治療医療機関に対する治療内容の照会等を市が行うことについて同意いたします。