

令和 年 月 日

承 諾 書

柏 市 長 あ て

私たちは、柏市不妊に悩む方への特定治療支援事業助成に必要な、市税等に関する情報を調査することについて承諾します。

また、本申請内容について他の地方公共団体に照会することおよび特定不妊治療受診等証明書の内容について医療機関に照会することについて承諾します。

< 申請者 >

住所：〒 _____

氏名： _____ (印)

生年月日： _____ 年 月 日

< 配偶者 >

住所※：〒 _____

※夫婦の住所が異なる場合のみご記入ください。

氏名： _____ (印)

生年月日： _____ 年 月 日

柏市転入前の住所をお書きください。

住所：〒 _____

