

青森県知事 殿

申請者氏名 印

申請者の配偶者氏名 印

青森県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

私は、助成の適正を判断するために必要な場合は、青森県以外の自治体に対する本申請に係る情報の照会及び提供並びに指定医療機関に対する治療内容等の照会を行うことについて同意します。

【本県転入前の住所】

下記に該当する場合は、転入前の住所を記入してください。（ただし、本県において2回目以降の申請の場合は記入不要です。）

- (1) 婚姻後、平成17年4月1日以降に他都道府県から本県に転入した場合
- (2) 婚姻後、平成18年10月1日以降に青森市から県内他市町村に転入した場合
- (3) 婚姻後、平成29年1月1日以降に八戸市から県内他市町村に転入した場合

本県転入年月日：平成 年 月 日

前住所：\_\_\_\_\_