

安堵町生殖補助医療費等助成金交付に関する同意書

安堵町長 様

申請者  
氏 名

安堵町生殖補助医療費等助成金交付に関する下記の事項について同意します。

記

1. 助成金交付の審査のための必要な次の事項の閲覧について
  - (1) 住民登録の状況
  - (2) 婚姻の状況
  - (3) 町税等の納付状況
  
2. 助成実績について
  - (1) 前住所地の自治体へ、生殖補助医療費等に対する助成金等の受給実績についての照会を行います。
  - (2) 本町より転出された場合、他の自治体から本町へ生殖補助医療費等に対する助成金交付についての照会があった場合それに回答します。
  
3. 高額療養費支給等に関する確認について
  - (1) 医療費の自己負担額が高額となった場合、一定の金額（自己負担限度額）を超えた部分が払い戻される高額療養費等について保険者へ照会します。
  
4. 治療状況等について
  - (1) 治療状況などについて医療機関及び調剤薬局等に照会します。

<個人情報の保護について>

安堵町は、この事業で知り得た情報について、申請者のプライバシーには十分は配慮し、秘密保持を厳守するとともに、情報の取り扱いには十分留意します。

<助成金の返還について>

虚偽の申請、その他不正手段により助成金の交付を受けた場合は、支給された助成金の返還を求めます。