別紙

同意書

年　　月　　日

　愛南町長　様

申請者　住所

氏名(夫)　　　　　　　　　　　　㊞

住所

氏名(妻)　　　　　　　　　　　　㊞

愛南町不妊治療費助成の申請に当たり、下記の調査に係る一切を愛南町長に委任します。

記

１　住民基本台帳の調査に関すること。　　　　　　**□**該当　**□**非該当　　㊞

　　(法律上の夫婦であること。)　　　　　　　　　　　　　　　　　 確認印

２　町税等調査に関すること。

　　(以下の町税、料金及び使用料等に滞納がないこと。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署名 | 費目 | 担当部署記入欄 | 確認印 |
| 税務課 | 町民税 | 有　　無 |  |
| 軽自動車税 | 有　　無 |  |
| 固定資産税 | 有　　無 |  |
| 国民健康保険税 | 有　　無 |  |
| 介護保険料 | 有　　無 |  |
| 後期高齢者医療保険料 | 有　　無 |  |
|  |  |  |
| 保健福祉課 | 保育料 | 有　　無 |  |
| 環境衛生課 | 下水道料 | 有　　無 |  |
| 町営浄化槽使用料 | 有　　無 |  |
| 水道課 | 水道料 | 有　　無 |  |
| 学校教育課 | 給食費 | 有　　無 |  |

備考　調査の対象は、申請者のほか、その世帯員全員とする。