

年 月 日

桜井市一般不妊治療費助成金交付申請（資料収集）に関する同意書

桜井市長 様

対象者

本籍地

申請者

住 所

氏 名

桜井市一般不妊治療費助成金に係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事項の閲覧について

- (1) 住民基本台帳・・・（本市内に住所を有することの確認のため。）
- (2) 戸籍・・・（法律上の夫婦であることの確認のため。）

<個人情報の保護についての説明>

桜井市は、桜井市個人情報保護条例を遵守し、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配慮し、秘密保持を厳守するとともに、情報の取扱いには十分留意します。