

年 月 日

桜井市生殖補助医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

桜井市生殖補助医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、個人情報の保護に関する法律を遵守し、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。