

様式第5（第6条関係）

犬山市特定不妊治療費助成事業に係る医療費の照会に関する同意書

犬山市長

年 月 日

保険加入者

住所

氏名

私及び被扶養者は、加入している医療保険者に対して、医療費助成制度による助成の有無や金額、治療内容について照会することに同意します。