

下仁田町無痛分娩費助成金交付に関する同意書

下仁田町長 様

年 月 日

申請者

氏名

印

下仁田町無痛分娩費助成金交付申請に関する下記の事項について、町が関係機関等に必要事項を確認することに同意します。

記

<確認事項>

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(町内に定住の意志確認のため)
 - (2) 町民税等の納付状況
2. 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、保険者へ照会すること。
3. 分娩の状況等について
 - (1) 分娩の状況などについて医療機関等に照会します。

<個人情報の保護について>

下仁田町は、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、その他の不正手段により助成金の交付決定を受けた場合は、支給された助成金を返還していただくことがあります。