

年 月 日

芦屋町不妊治療費助成申請者調書

申請者名 ㊟※

※本人が自署する場合、印鑑不要です。

私（同一世帯の者を含む。）は、芦屋町不妊治療費助成事業実施要綱第3条第6号に規定する暴力団員及び暴力団関係者（以下、「暴力団等関係者」という。）でないことを誓約します。

あわせて、補助金の交付決定の審査において、私（同一世帯の者を含む。）の次に掲げる町税等の納付状況について調査されることに同意します。

※町税等…町民税、固定資産税、軽自動車税、国民健康保険税、下水道使用料、保育所保育料、介護保険料、後期高齢者医療保険料、町営住宅使用料、学校給食費、奨学金、学童クラブ保育料

1. 申請者 該当する性別・元号を○で囲んでください。

フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日

2. 同一世帯の者 該当する性別・元号を○で囲んでください。

フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日
	男・女	年 月 日
	男・女	年 月 日
	男・女	年 月 日

※ 収集した個人情報については、暴力団等関係者でないかについて、警察へ照会すること、および町税等の滞納の有無について、関係部署へ照会することの目的のみに使用し、その他の目的には一切使用しません。

※ 同一世帯の者がいる場合は、個人情報の使用目的と提供先について同意を得た上で記入して下さい。