

# 誓 約 書

このたび母子保健法第20条により未熟児養育医療の給付を受けるため指定養育  
医療機関(医療機関名: \_\_\_\_\_)  
に入院する受療者( \_\_\_\_\_ )の治療費のうち、自己負担額  
の支払については、決して貴市にご迷惑をかけません。

申 請 者 (保護者)

現 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

職 業 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

受療者との続柄 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

( 宛 先 ) 枚 方 市 長