

誓 約 書

このたび、母子保健法第 20 条により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
院する患者()の治療によって発生する、養育
医療負担金の支払については、申請者が責任を持って履行します。なお、万一
納付を怠った場合、地方税滞納処分の例により財産の差押等を執行されること
を承知します。

また、養育医療負担金を納付することが出来なくなったときは、保証人が引
き受けます。

よって、保証人と連署で誓約します。

【養育医療の申請者】

現 住 所	
氏 名	
年 齢	
職 業	
乳児との続柄	

【保 証 人】

現 住 所	
氏 名	
年 齢	
職 業	
電 話 番 号	
申請者との続柄	

年 月 日

羽 曳 野 市 長 様

注意：保証人は、申請者と別生計で、独立した生計を営む者であること。

：保証人は、必ず自身で記入すること。