

# 誓 約 書

年 月 日

摂津市長 様

このたび、母子保健法第20条の規定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( \_\_\_\_\_ )の医療費に係る徴収金の支払いについては、申請者が責任を持って履行します。なお、万一納付を怠り又は納付不納となったときは、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 (扶養義務者)

現住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

注意：保証人は、申請者と別世帯で、独立した生計を営む者であること。  
：保証人の欄は、必ず自署すること。