

誓 約 書

今般母子保健法第20条の規定により未熟児養育医療の給付を受けるため医療機関  
(医療機関名： \_\_\_\_\_) に入院する  
患者 ( \_\_\_\_\_ ) の治療費のうち、自己負担額の  
支払いについては、必ず責任を持って支払います。万一納付を怠りまたは納付不能となっ  
たときは、保証人で引き受け、決して貴町にご迷惑をかけません。

よって、保証人連署で誓約します。

入院乳児保護者（親権者）

住 所	
氏 名	Ⓜ
生 年 月 日	年 月 日 生
職 業	
電 話 番 号	
乳児との続柄	

保 証 人

住 所	
氏 名	Ⓜ
生 年 月 日	年 月 日 生
職 業	
電 話 番 号	
乳児との続柄	

年 月 日

白浜町長 様

注 保証人は、乳児保護者（親権者）と別世帯で独立生計を営む者であること。

注 保証人は、必ず自身で記入すること。