

相手方記入

誓約書

年 月 日発生した事故による (受給者) _____様の傷病に対し、
瀬戸市 子・障・母・精・福 医療費助成条例により支給された福祉医療費について
は、私が瀬戸市に返還することを誓約いたします。

令和 年 月 日

住所 〒 _____

瀬戸市 _____

氏名 _____

親権者 氏名 _____

業務上で起こした事故の場合は、連帯保証人欄へ事業主の職・氏名を記入してください。

連帯保証人 住所 〒 _____

瀬戸市 _____

氏名 _____