

承諾書

下記の者が各務原市福祉医療費助成条例による福祉医療費の支給を受けることを承諾します。

記

支給を受ける者 住所

 氏名

承諾書提出者との続柄 _____

令和 年 月 日

住所

氏名

各務原市長

注) 1 承諾書を提出することができる者は、被保険者、組合員または世帯主（被保険者本人）に限られます。

2 振込を希望される場合は、受給者証交付申請書に支給を受ける者の口座を記入してください。