

承 諾 書

令和 年 月 日

犬 山 市 長 様

住 所

氏 名

1. 私が申請している 子ども医療費 障害者医療費 母子父子家庭医療費 精神障害者医療費 後期高齢者福祉医療費
- の支給対象となる診療費について、

保険者から高額療養費の支給があるときは、その額を市の指定する方法で返納
します。

1. 私が申請している 子ども医療費 障害者医療費 母子父子家庭医療費 精神障害者医療費 後期高齢者福祉医療費
- 受給資格の調査と、他の法令に

よる医療に関する給付との調整に関する手続きを処理するために、地方税関係
情報を利用されることを承諾します。