

# 承 諾 書

石 卷 市 長 殿

私は、石巻市未熟児養育医療給付事業において発生する自己負担金について、石巻市子ども医療費助成事業の償還払いによる払戻金で相殺することを承諾します。

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_