

承諾書

令和 年 月 日

(宛先) 八潮市長

所在地

名称

電話番号

印

代表者名

八潮市子ども医療費支給に関する条例第5条に規定する保険医療機関等として指定を受けることについて指定を受けることについて承諾します。

*振込先口座について

医療機関コード(7ケタ)

金融機関名	
支店名	
口座番号	普通
フリガナ	
口座名義人	