

同意書

私は、今後発生する五所川原市養育医療費用徴収条例（平成24年五所川原市条例第39号）第3条に規定する養育医療費用について、五所川原市ひとり親家庭等医療費給付条例（平成17年3月28日五所川原市条例第109号）第5条に規定する医療費の給付要件を満たしていたときは、速やかに支給申請を行い、その給付が決定された場合には、当該給付制度による給付金と市が私に対して有する養育医療費用債権とを対当額において相殺することに同意します。

五所川原市長

年 月 日

申込者（保護者）

住 所

電話番号

氏 名

対象児氏名

生年月日

年 月 日

対象児氏名

生年月日

年 月 日