

相殺契約申込書

年 月 日

(宛先) 安曇野市長

◆ 住所、氏名、電話番号を記入してください。  
◆ 借受人が未成年の場合は、法定代理人の氏名・続柄も記入してください。  
(借受人と同住所の場合、住所欄は「同上」で問題ありません。)

借受人 住所 安曇野市〇〇××  
氏名 安曇 花子 ㊞  
(借受人が未成年等の場合)  
法定代理人 住所  
氏名 ㊞  
(続柄 )

借受人が貸付けを受ける安曇野市福祉医療費資金の償還方法について、下記のとおり相殺契約の申込みをします。

記

1 下記の期間中に受けた診療等に係る、借受人が貸付けを受ける福祉医療費資金の給付者が福祉医療費給付金が支給されるたびに、当該福祉医療費資金の貸付けを受ける福祉医療費資金の償還方法について、下記のとおり相殺契約の申込みをします。

対象期間は原則として貸付希望期間開始月1日から終了月末日までです。  
※ 最長期間  
8～12月の申請：翌年7月31日まで  
1～7月の申請：同年7月31日まで

対象期間 令和1年 8月 1日 から 令和2年 7月31日 まで

2 前項の場合において、当該福祉医療費給付金の額が、借受人が貸付けを受ける福祉医療費資金の額を超えるときは、市長はその差額を借受人に支払うものとし、当該福祉医療費給付金の額が、借受人が貸付けを受ける福祉医療費資金の額に満たないときは、借受人がその差額を市長が指定する日までに市長に支払います。

3 1及び2に規定するもののほか、借受人として、安曇野市福祉医療費資金貸付規則を了承の上で、これを遵守します。