

母子家庭福祉医療証明書

助 成 対 象 者	氏 名		生年月日	居 住 地
	本人(母等)			
		続 柄		
	母 18 等 歳 の 未 扶 満 養 の す 児 る 童			☐ 同上
				☐ 同上
				☐ 同上
				☐ 同上

上記のとおり母子家庭であることを証明します。

年 月 日

民生委員児童委員
母子・父子自立支援員
ひとり親家庭福祉推進員

