様式第２号　その５（第６条関係）

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 |
| 母等の扶養する | 18 |  |  |  | □同上 |
| 歳未満の児童 |
|  |  |  | □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