

父子家庭福祉医療証明書

| | 氏 名 | | 生年月日 | 居 住 地 |
|---|--------|-----|------|-----------------------------|
| | 本人(父等) | 続 柄 | | |
| 父18 等 歳 の 未 扶 満 養 の す 児 る 童 | | | | <input type="checkbox"/> 同上 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同上 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同上 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 同上 |

上記のとおり父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

㊟