

## 証 明 書

私が、下記の児童を扶養または監護しており、長万部町重度心身障害者及びひとり親家庭等の医療費給付条例第2条第2項第1号または第2号に該当するものであることを証明願います。

年 月 日

申請者 住 所 長万部町字  
氏 名



### 記

児 童 名	続 柄	生 年 月 日	年 齢	在 学 校 名 ・ そ の 他

上記は事実と相違ないことを証明する。

年 月 日

民生児童委員

