

# 子ども医療費助成額に関する証明願

福井市長 あて

平成 年 月 日

受給者 住 所 \_\_\_\_\_  
(保護者)  
ふりがな \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話番号 \_\_\_\_\_

下記の通り証明願います。

記

子ども	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	対象者番号												
			平成 年 月 日	0	1	3									
証明年月	平成 年 月診療分 ～ 平成 年 月診療分														
使用目的															

以上