

# 子ども医療費助成額に関する証明願

福井市長 あて

令和 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				
			年 月 日	3			
証明年月	年 月診療分 ～ 年 月診療分						
使用目的							

以上