

令和 年 月分

【お願い】 上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に☑をつけてください。）			
①記入者* ☐ 保護者 ☐ 学校(園) ☐ 設置者 ☐ 医療機関	②公費負担医療制度* ☐ 利用なし (記入終了) ☐ 利用あり (左欄記入)	☐ 乳幼児 ☐ ひとり親 ☐ 子どもも医療助成 ☐ 障害者総合支援法* ☐ その他 (利用している制度を記入) ()	円
		自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)	