

令和 年 月分

<p>【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。）</p>			
<p>①記入者*</p> <p><input type="checkbox"/> 保護者</p> <p><input type="checkbox"/> 学校(園)</p> <p><input type="checkbox"/> 設置者</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機関</p>	<p>②公費負担医療制度*</p> <p><input type="checkbox"/> 利用なし (記入終了)</p> <p><input type="checkbox"/> 利用あり (五庫記入)</p>	<p><input type="checkbox"/> 乳幼児 ひつくり親 □子どもも医療形成 □障害者総合支援法*</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (利用している制度を記入)</p> <p>自己負担額 (「利用あり」の場みに記入)</p>	<p>円</p>