

様式第12号（第2条関係）

父母のない児童であることの申立書及び証明書					
私は、御船町ひとり親家庭等医療費の助成に関する規則第2条第3項に定める父母のない児童である旨下記のとおり申し立てます。 年 月 日 保護者 住 所 _____ 氏 名 _____					
父母のない児童 となった時期	年 月 日				
父母のない児童 となった原因 該当欄を○で囲 んでください。	1 父母の死亡 2 父母の生死不明（ 年 月 日以降） 3 父 母 が 遺 棄（ 年 月 日以降）				
扶養している児童	続 柄	氏 名	生年月日	学校・学年 又は職場	別居の場合は 住 所
18歳に達する以 後の最初の3月 31日までの間に ある者					
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 地区民生・児童委員 氏 名 _____（※） （※） 本人が自署しない場合は、記名押印してください。 御船町長 様					