

(様式2 ひとり親家庭等医療)

採用選考証明書

殿

私は、令和 年 月 日に御社において、採用選考（面接）を受けました。

ひとり親家庭等医療給付事業の受給に係る資料として市町村に提出する
必要がありますので、上記について証明願います。

令和 年 月 日

求職者氏名

住 所

上記について相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

事業所の名称
代表者氏名

印

所 在 地
電 話 番 号

※ この書類は「ひとり親家庭等医療証」の交付申請時に使用するものです。

担当：米沢市 子育て支援課 給付担当 ☎0238-22-5111