**証　　明　　書**　（保健手当用）

㉞

　　　　年　　　月　　　日

大阪府知事　様

民生委員

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の者については、配偶者、子及び孫のいずれもない70歳以上の方であり、

かつその者と同居している者はひとりもいないことを証明します。

記

住　　所

氏　　名

生年月日　　明治・大正・昭和　　　年　　　月　　　日

性　　別　　男　・　女