|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医（※） | 主治医の氏名 | |  | 医療機関名 | |  | |
| 所在地 | | 〒  電話番号 | | | | |
|  | | | | | | | |
| 申　請　す　る　減　免　の　種　類 | * Ⅰ　負担上限月額に関する認定   下記の区分の適用を申請します。  　　　　（あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）  １．生活保護受給世帯  ２．市町村民税非課税世帯に属する者  ３．市町村民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者 | | | | | | |
| * Ⅱ　多子軽減措置に関する認定   下記の区分の適用を申請します。  　　　　（あてはまるものに○をつける。）  １．第２子に該当する者  ２．第３子以降に該当する者  ※　在園証明等が必要となります。 | | | | | | |
| □　Ⅲ 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定  生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。  　　　　※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 | | | | | | |
| いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。 | | | | | | | |
| 申請書提出者 | | □申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入） | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | 申請者との関係 | |  |
| 住　　　所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | |