|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |