|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　次の区分の適用を申請します。　　　（該当するものに○をつける。いずれにも該当しない場合は、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　　　　次の区分の適用を申請します。　　　（該当するものに○をつける。）　　　１　小学校就学前児童のうち第２子に該当する者　　　２　小学校就学前児童のうち第３子以降に該当する者　　　※　在園証明書等が必要となります。 |
| □　Ⅲ　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）に関する認定　　　　生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を申請します。　　　※　地区保健福祉センター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 |
|  |
| 特記事項 | ※連絡先（申請者以外）（氏名　　　　　電話番号　　　　　連絡時間　　時頃） |