

|     |        |   |       |      |
|-----|--------|---|-------|------|
| 主治医 | 主治医の氏名 |   | 医療機関名 |      |
|     | 所在地    | 〒 |       |      |
|     |        |   |       | 電話番号 |

**発達に関するかかりつけの医師がいる場合のみ記載してください。風邪等のかかりつけ医は除きます。**

|           |  |
|-----------|--|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>次の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>次の区分の適用を申請します。<br>(該当するものに○をつける。)<br>1 小学校就学前児童のうち第2子に該当する者<br>2 小学校就学前児童のうち第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明書等が必要となります。   |
|           | <input type="checkbox"/> 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<br>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。<br>※ 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 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入) |         |  |
| 氏名     |   | 申請者との関係 |  |
| 住所     | 〒   |         |  |

**実際の申請者が申請者欄に記載のものと異なる場合のみ記載してください。**

|      |                 |      |      |     |
|------|-----------------|------|------|-----|
| 特記事項 | ※連絡先(申請者以外) (氏名 | 電話番号 | 連絡時間 | 時頃) |
|------|-----------------|------|------|-----|