



(裏)

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	<input type="checkbox"/> 1 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。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は○を付けないこと。) (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
	<input type="checkbox"/> 2 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。 (当てはまるものに○をつける。) (1) 第 2 子に該当する者 (2) 第 3 子に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> 3 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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		