

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号		
電話番号				

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 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものを○で囲んでください。) 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 世帯の市町村民税所得割額の合計が28万円未満の世帯に属する者			
	<input type="checkbox"/> 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。 (当てはまるものを○で囲んでください。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者			
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。			

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

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 申請する減免の種類の実事関係を確認できる書類を添付してください。