

申請者氏名

医療機関名		診療科名		主治医名	
-------	--	------	--	------	--

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 (同一世帯に属する兄、姉が保育所等に通い、又は児童通所支援を利用している場合) 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。又、右の記載をお願いします。) 1. 第 2 子に該当するもの 2. 第 3 子以降に該当するもの ※ 第 1 子の在園証明等(申請が第 3 子にかかる場合は第 2 子のものも)必要となります。		氏 名	年齢	保育所・幼稚園等
		第 1 子			
		第 2 子			
第 3 子					
☐ 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(☐ 定率負担減免措置 ☐ 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。					

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	☐ 申請者住所と同じ(記入省略) 〒 電話番号		
受給者証送付先	☐ 申請者住所へ送付 ☐ 上記住所へ送付 ☐ 上記住所以外へ送付(下記送付先に記入) 送付先 〒		

小松市確認欄 ※以下記入不要

所得割合計額	円(世帯全員合計)		
負担上限月額	円(生保・低所得・一般 1・一般 2)		
上限管理	有・無 ☐ 入力	食事提供体制加算	有・無 ☐ 入力
重心	☐ 該当 ☐ 入力	個別サポート加算	加算 I・重度・無(点) ☐ 入力
医ケア	☐ 該当(点) ☐ 入力	強度行動障害	☐ 該当(点) I・II ☐ 入力
加算	難聴児・人工内耳・視覚聴覚言語障害・非該当 ☐ 入力		