

いざれも、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。

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"/> 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。 (当てはまるものに○を付け、いざれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)
	1 生活保護受給世帯
	2 区市町村民税非課税世帯に属する者
3 区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	
下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付けてください。)	
1 第2子に該当する者	
2 第3子以降に該当する者	
※ 在園証明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、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。	
※ 港区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	<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	〒	電話番号	

*以下に同意いただければ、書類添付の必要はありません。

関係する職員が所管課から以下に該当する個人情報の提供を受け、利用（事業者への情報提供を含みます。）
することについて

（1又は2に○印をつけてください。）

サービス利用に必要となる世帯の課税情報の照会

1 同意します。 2 同意しません。

障害児支援利用計画の作成に必要な内容等の照会

1 同意します。 2 同意しません。

サービス提供事業者への情報提供

1 同意します。 2 同意しません。

関係書類（医療・療育施設等）への個人情報の照会又は情報提供

1 同意します。 2 同意しません。