

(裏)

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。

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、いず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。)

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> サービス利用に必要な世帯の課税情報の照会 | 1 同意します。2 同意しません。 |
| <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 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。 |
| <input type="checkbox"/> 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。 |