

主治医（医療型児童発達支援を申請する際に記入して下さい。）

主治医の氏名		
在籍する 医療機関	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 下記の適用を申請します。（該当項目に○を付ける。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 所得割28万円未満の市町村民税課税世帯
<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。（該当項目に○を付ける。） 1 対象児童は第2子に該当する 2 対象児童は第3子以降に該当する
<input type="checkbox"/> III 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 下記の区分の適用を申請します。（該当項目に○を付ける。） 1 自己負担減免措置 2 補足給付の特例措置

※いずれも事実関係を確認できる書類を添付して下さい。