

肝炎治療費助成自己負担額認定に係る合算対象除外申請書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

下記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上・医療保険上の扶養関係にない者であるため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

令和 年 月 日

記

除外希望者氏名（ふりがな）

・
・
・

申請者氏名 (ふりがな)
氏 名

※ 合算除外が必要な最低限の除外対象者について申請してください。

※ 複数人いる場合には、続けて記入してください。

※ 婚姻関係にある場合には、合算除外することができません。

(添付書類)

- ・ 地方税法上扶養関係にないことが確認できる書類。(例：省略事項のない所得課税証明書)
- ・ 医療保険上扶養関係にないことが確認できる書類。(例：合算除外対象者の被保険者証等の写し)