

(様式第11号)

市町村民税（所得割）課税年額合算対象除外希望申請書

下記の者については、本申請者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、相互に地方税法上及び医療保険上のいずれも扶養関係にない者であるため、月額自己負担限度額階層区分認定の際の市町村民税（所得割）課税年額の合算対象から除外することを希望します。

平成 年 月 日

記

(フリガナ)

除外希望者氏名

(続柄:)

(フリガナ)

申請者氏名

印

住 所

(直筆の場合は、押印省略可)

※現在、肝炎治療受給者証をお持ちの方は、記入してください。

受給者番号

□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

有効期間

(開始：平成 年 月 日 ～ 終了：平成 年 月 日)

<添付書類>

- 1 除外希望者が配偶者以外の者であることを証明する書類
住民票の写し(除外者との続柄がわかるもの)
- 2 除外希望者と相互に地方税法上の扶養関係にないことを証明する書類
課税証明書、市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し、源泉徴収書等
- 3 除外希望者と相互に医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類
健康保険の扶養者を証明する書類(健康保険証の写し等)