

市町民税額合算対象除外希望申出書

(市町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民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名(フリガナ)

申請者氏名(フリガナ)

※上記申出内容が確認できる書類（除外希望者の氏名が記載された医療保険の支給に関する情報を確認できる資料等の写し）を添付してください。