

(別紙様式1の2)

(市町村民税合算対象除外希望申告書)

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。

記

○除外希望者氏名 (フリガナ)

申請者氏名 (フリガナ)

印

1. 対象

「世帯全員の市町村民税課税年額 (所得割) の合計が 235,000 円以上」の場合で、以下の要件をすべて満たす場合のみ合算除外の対象となります。

- 申請者及び配偶者のみならば 235,000 円を下回る
- 世帯全員の住民票の中に、申請者ともその配偶者とも「地方税法上」及び「医療保険上」扶養関係の無い方がいる。
- その方の所得割額を除けば合計が 235,000 円未満になる。

2. 添付書類

合算除外を希望する場合は、以下の書類を肝炎治療受給者証交付申請書類に添付してください。

- ・ 受給者証交付申請者の配偶者及び合算除外を希望する者の健康保険証の写し
- ・ 申請者、配偶者、除外を希望する方それぞれの市町村民税の課税年額 (所得割) を証明する書類 (※ただし、地方税法上の扶養関係が確認できる証明書であること)