

(別紙様式12号)

市町村民税額合算対象除外希望申請書

(市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄)

島根県知事 様

(フリガナ)  
申請者氏名

印

下記の者については、肝炎治療受給者証申請者(以下「申請者という」。)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

(フリガナ)  
除外希望者氏名

※添付書類

- ①世帯員全員が記載された住民票(続柄の記載されたもの)
- ②申請者及び除外希望者の市町村民税の税情報(扶養控除関係)を証明する書類(課税証明書、市町村民税の決定通知書、源泉徴収票など)
- ③申請者及び除外希望者の健康保険証のコピー