

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）

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 _____

除外希望者氏名 _____

除外希望者氏名 _____

申請者氏名 _____

第3号様式を提出する場合は、医療保険上の扶養関係にないことを確認するため、除外希望者の氏名が記載された「保険証」または「医療保険証」の写しも提出ください。