

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 加入医療保険：協・組・船・共・国・後

除外希望者氏名 加入医療保険：協・組・船・共・国・後

除外希望者氏名 加入医療保険：協・組・船・共・国・後

配偶者氏名 加入医療保険：協・組・船・共・国・後

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、申請者の配偶者及び除外希望者の個人番号及び署名を申請書（第1号様式）の裏面に記載するか、申請者の配偶者及び除外希望者が加入する医療保険の保険者から交付された「資格情報のお知らせ」若しくは「資格確認書」又はマイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」等も提出ください。