

(様式第12号)

肝炎治療受給者証市町村民税合算対象除外申請書

		受給者番号							
申請内容		市町村民税合算対象除外申請							
申請者	ふりがな			性別	1 男		2 女		
	氏名			生年月日			年	月	日
	住所	(〒 -)	住所コード						
	電話番号	() -							
	現在の月額自己負担限度額	円							
除外対象者	ふりがな								
	氏名								
	申請者との続柄								
<p>上記の除外対象者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者あるいは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の合算対象から除外することを申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>福井県知事 様</p>									

●添付書類

- ①住民票（申請者および申請者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票）
- ②地方税法上の扶養関係にないことを証明する書類（申請者および申請者と同一の世帯に属するすべての者の地方税法の規定による市町村民税の課税年額を証明する書類。ただし、中学生以下の市町村民税の課税年額を証明する書類は不要）
- ③医療保険上の扶養関係にないことを証明する書類（申請者および申請者と同一の世帯に属するすべての者の健康保険証の写し。ただし、中学生以下の健康保険証の写しは不要）

受付保健所名	1 福井	2 坂井	3 奥越	4 丹南	5 二州	6 若狭	7 福井市
--------	------	------	------	------	------	------	-------