

(様式第5号)

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

申請内容		市町村民税額合算対象除外希望申請		
除外対象者	ふりがな			
	氏名			
	申請者との続柄			

上記の者については、申請者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、申請者およ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。

年 月 日

申請者氏名 ㊟

福井県知事 西川 一誠 様

●添付書類

- ①住民票の写し（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）