市町民税課税額合算対象除外希望申告書

様式第１－２号（第５関係）

　　　号

年　　月　　日

広島県知事様

次の者については，申告者である私との関係において配偶者に該当せず，かつ，私及び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，自己負担限度額の階層区分認定のときに市町民税課税額の合算対象から除外することを希望します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな申告者氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　－電話（　　　　）　　　　　　　　　　携帯電話（　　　　）　　　　　　　　　　 |
| 除外希望者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 注　受給者証の原本及び医療保険上の扶養関係にない事実を証明する次の書類を添付すること。□　除外希望者全員の健康保険証等の写し県記入欄 |
| 世帯員 | 本人 | 配偶者 |  |  | 計 | 所得階層 |
| （除外前）市町民税（所得割）額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 甲（20,000円） |
| （除外後）市町民税（所得割）額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 乙（10,000円） |

□　配偶者以外であること。

□　地方税法上の扶養関係にないこと。

□　医療保険上の扶養関係にないこと。