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 |  | 生年月日 | 　　　 　　年 　　月 　　日生 |
| 申請者氏名 |  |
| 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。□　受給者※及びその配偶者、除外希望者が加入する健康保険証等の写し　　※様式第１－１号と同時に提出する場合は除く。　　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。