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 | □ 申請者と同一 | |
| 住所 | □ 申請者と同一  〒　　　　－  電話番号（　　　　）　　　 　-　　　　　　　　□本人・□関係者  ※日中連絡の取れる電話番号を記入のこと。関係者の番号を記入する場合は申請者との関係性を明記すること。 | | | | | |
| 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。  ●［添付資料例］  　　・医療保険者から送付された「資格情報のお知らせ」（マイナ保険証の方に送付されるもの）の写し  　　・医療保険者から送付された「資格確認証」の写し  　　・マイナポータルからアクセスできる医療保険の「資格情報画面」のコピー  　●マイナ保険証で保険者情報を確認する場合  　　・申請者及びその配偶者、除外希望者の個人番号と同意書が必要となります。    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。