

市町村民税額合算対象除外申請書

岐阜県知事 様

下記の者については、受給者本人との関係において、配偶者に該当せず、かつ、受給者及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。

※ 申請者記載欄に必要事項を記入の上、署名・捺印してください。

記載年月日 令和 年 月 日

(ふりがな)

申請者氏名 _____ 印 (代理申請の場合は受給者との続柄)

(申請者記載欄)

	ふりがな 氏 名	続 柄	※市町村民税額 (申請者は記入しないでください)
申請者		本 人	円
除外希望者			円
			円
			円
			円

- 地方税法上の扶養関係にない
市町村民税課税の際、受給者及びその配偶者が除外対象者の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者あるいはその配偶者の被扶養者とされていないこと。
- 医療保険上の扶養関係にない
受給者及びその配偶者が、除外対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が受給者あるいはその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。
なお、国民健康保険・長寿医療制度は、個人単位の加入であるため、その被保険者は、他の世帯員と医療保険上の扶養関係にないものとして取り扱って差し支えない。(国民健康保険における退職被保険者及び退職被保険者の被扶養者を除く)
- 階層区分
甲 : 世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円未満の場合

※ 保健所使用欄 (申請者は記入しないでください)

特記事項等

※ 審査欄 (申請者は記入しないでください)

承認 ・ 不承認 ・ 保留