

(様式第 15 号)

市町村民税合算対象除外希望申請書				
合 算 対 象 除 外 希 望 者 一 覧	氏 名	続 柄	※地方税法	※医療保険

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らない者であるため、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 氏 名

年 月 日

栃木県知事 様

※「合算対象除外希望者一覧」は、太線の枠内のみ記載してください。

※申請にあたっては、次の書類を持参してください。

- 1 住民票謄本（世帯全員が記載されているもの）
- 2 住民票に記載されている方全員の市町村民税額（所得割）を確認できる書類（扶養控除の人数が確認できるものに限る。）
- 3 住民票に記載されている方全員の医療保険の資格情報が確認できる 書類
（ただし、「肝炎治療受給者証交付申請書」に添付している場合は、重複して添付する必要はありません。）
- 4 現在の受給者証