

市町村民税額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、対象者本人との関係において、配偶者に該当せず、かつ、対象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。

○対象者、配偶者及び合算対象除外希望者の保険証の写し