

市町村民税額合算対象除外希望申請書

年 月 日

福島県知事

住所
申請者
氏名 印 (続柄:)

下記の者については、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。

記

除外希望者氏名	続柄	保健所確認欄	
		地方税法上の扶養関係	医療保険上の扶養関係
		あり ・ なし	あり ・ なし
		あり ・ なし	あり ・ なし
		あり ・ なし	あり ・ なし
		あり ・ なし	あり ・ なし

(注) 「地方税法上及び医療保険上の扶養関係」の有無の確認方法は、下記のとおりです。

○配偶者以外であること

住民票の続柄により確認します。

○地方税法上の扶養関係にないこと

受給者及びその配偶者、除外対象者について市町村民税の税情報(扶養控除関係)を証明する書類により確認します。

(例:課税証明書、市町村長が通知する市町村民税決定通知書の写し、源泉徴収票等)

○医療保険上の扶養関係にないこと

受給者及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類により確認します。

(例:健康保険証の写し等)