

市町村民税額合算対象除外希望申請書

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

(フリガナ)

除外希望者氏名

年 月 日

(フリガナ)

申請者氏名

※除外要件(全てを満たさないと課税額合算対象から除外できません)

- 1 配偶者以外であること(住民票の続柄から確認します)
- 2 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に地方税法上扶養関係又は被扶養関係がないこと(課税等証明書等から確認します)
- 3 申請者及びその配偶者と除外対象者との間に医療保険上扶養関係又は被扶養関係がないこと(健康保険証から確認します)

※上記の内容を確認するため、次の書類を添付ください。

- 配偶者以外であること: 世帯全員の住民票の写し(続柄明記のこと)
- 地方税法上の扶養関係にないこと: 申請者及びその配偶者、除外対象者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類(扶養控除関係が明記されたもの)
- 医療保険上の扶養関係にないこと: 申請者及びその配偶者、除外対象者の健康保険証の写し