

市町村民税額合算対象除外希望申請書

(申請者記載欄)

千葉県知事 殿

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ので申請します。

※ 以下の項目すべてに記入の上、署名・押印してください。

記載年月日 年 月 日

申請者氏名 (フリガナ) _____ () 印

性別 (男・女)

生年月日 (年 月 日生 (満 歳)

現住所 (〒 _____)

電話番号 ((_____)

除外希望者氏名 (フリガナ)

• _____ ()

• _____ ()

• _____ ()

• _____ ()

• _____ ()

※ お手持ちの肝炎治療受給者証を確認の上、記載してください。

受給者番号 (_____)

受給者証有効期間 (開始 年 月 日～終了 年 月 日)

(注) なお、記載内容について、担当者より確認の連絡をさせていただくことがありますのでご了承ください。

注 1) 本申請書は、住所を所轄する保健所等を通じ千葉県に申請してください。

注 2) 記入漏れがある場合などは、認定されないことがありますのでご注意ください