

(様式第 1 1 号)

山形県知事 殿

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

除外希望者氏名 (フリガナ)

( )	( )
( )	( )
( )	( )

平成 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

受給者番号 

--	--	--	--	--	--	--

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

\*①住民票(世帯全員分)、②市町村民税の税情報(課税証明書(原本)、市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し、源泉徴収票等)、③健康保険証のコピー等、それぞれの除外対象者について除外理由を確認できる書類を添付してください。

※ 肝炎治療受給者証を添付してください。