（様式３）

**市町村民税額合算対象除外希望申請書**

（市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄）

**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）

申請者氏名（フリガナ）

※該当する項目に、□にチェックを入れてください。

　　　　　　　□　申請者と配偶者でない

　　　　　　　□　申請者と地方税法上の扶養関係にない

　　　　　　　□　申請者と医療保険法上の扶養関係にない

　　　　　　　□　申請者の配偶者と地方税法上の扶養関係にない

　　　　　　　□　申請者の配偶者と医療保険上の扶養関係にない

　　　　　※上記の内容を確認するために、次の書面のコピーを添付すること。

　　　　　　　配偶者以外であること：住民票（続柄記載のものに限る。）

　　　　　　　地方税法上の扶養関係にないこと：市町村民税所得課税証明書

　　　　　　　医療保険上の扶養関係にないこと：健康保険証等