

様式第 6 号

定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書

※太枠の中のみご記入ください。

下記の者については、申請者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制上・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課税額の合算対象から除外することを希望します。

年 月 日

(フリガナ)

除外希望者 氏 名

(フリガナ)

申請者 氏名

特例を受けるためには、患者様ご本人、配偶者、除外希望者すべての加入医療保険のわかる書類のコピーが必要となります。

※県確認欄

氏 名		続柄	年齢	市町村民税(所得割)課税年額			
申 請 者 (受給者)		本人					
申請者(受給者)と同一世帯の方							
合計額							