

市町村民税額世帯合算対象除外申告書

(あて先)
埼玉県知事

申告者 (代理人)

氏 名	
	患者 (受給者) との続柄 ()
住 所	
電話番号	()
患者 (受給者) 氏 名	

下欄の者については、患者 (受給者) との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者 (受給者) 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。

除外対象者	フリガナ	続柄

※1 この申告書は、次項 (※2) に該当する場合において「肝炎治療受給者証交付申請書 (様式1号)」の提出時あるいは受給者証取得後に次項に該当することになった場合に「肝炎治療自己負担限度月額変更申請書 (事務処理様式第11号)」と一緒に提出するものです。

※2 この申告書は、自己負担の月額限度額 (患者の世帯 (住民票上の世帯) 全員の市町村民税 (所得割) 課税年額の合算額により所得階層区分を認定します。) の認定基礎となる世帯員の一部除外 (以下「除外対象者」という。) を希望する場合に提出するものです。なお、**除外対象者は、患者 (受給者) との関係において、次の①～③の要件にすべて該当する場合に限ります。**

- ① 配偶者以外の者
- ② 地方税法上、患者 (受給者) 及びその配偶者と相互に扶養関係にない者 (市町村民税課税の際、患者 (受給者) 及びその配偶者が除外対象者の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が患者 (受給者) あるいはその配偶者の被扶養者とされていないこと) 【証明する書類は下段②を参照】
- ③ 医療保険上、患者 (受給者) 及びその配偶者と相互に扶養関係にない者 (患者 (受給者) 及びその配偶者が除外対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が患者 (受給者) あるいはその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと) 【証明する書類は下段③を参照】

【添付書類】 この申告書提出の際には、以下の書類を添付してください。

- ① 世帯全員の住民票 (続柄明記のこと)
- ② 患者 (受給者) 及びその配偶者、除外対象者について、市町村民税課税状況 (扶養控除関係) を証明する書類 (例: 課税証明書、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) 【上段②の証明に対応する書類】
- ③ 患者 (受給者) 及びその配偶者、除外対象者が加入する健康保険の被扶養者を証明する書類 (例: 健康保険証の写し等) 【上段③の証明に対応する書類】