

山 口 県 知 事 様

自己負担限度額階層区分の決定に係る市町民税合算対象除外申請書

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民税額の合算対象から除外することを希望します。

年 月 日

申請者（受給予定者）氏名

記

ふ り が な 除外希望者氏名		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。
		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。
		申請者との続柄	※配偶者は対象外です。

※合算除外を希望される方が世帯員調査書兼同意書（様式第 1 7 号）に記載されている場合は、市町民税課税証明と公的医療保険の加入がわかる書類の添付が省略できます。
<世帯員調査書兼同意書に記載がない方は、次の書類が必要になります。>
※合算除外を申請される場合は、肝炎治療受給者証交付申請書に添付する住民票（全世帯員が記載されているもの）で、続柄の記載を省略しないでください。
※除外希望者と申請者及びその配偶者との関係について、相互に扶養関係にないことを証明できる書類（下記参照）を添付すること。

〈地方税法上の扶養関係がない〉

○市町民税課税（所得税とは異なります。）に際して、受給者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員の方がどちらも互いの被扶養者となっていない。

〈医療保険上の扶養関係がない〉

○受給者ご本人およびその配偶者の方と、除外を希望される世帯員とが、互いが加入する健康保険で被扶養者となっていない。

経 由 保 健 所 名 (健康福祉センター)		保健所受付年月日	年 月 日
---------------------------	--	----------	-----------------

- (受付時に確認してチェックをしてください)
- ☐ 世帯員調査書兼同意書（様式第 1 7 号）との突合済
- <世帯員調査書兼同意書（様式第 1 7 号）に記載がない方は、次の書類の確認>
- ☐ 住民票との突合済
- ☐ 申請者本人及びその配偶者、除外希望者の地方税法上の扶養関係に関する確認済
(裏面を活用してください。)
- ☐ 申請者本人及びその配偶者の健康保険や国民健康保険等の公的医療保険の加入が確認できるもの、除外希望者の健康保険や国民健康保険等の公的医療保険の加入が確認できるもの（写しの添付要）

(ウラ面)

(申請時確認作業用)

各保健所での聞き取り時の担当者メモ等に利用してください。

住民票に記載されている全世帯員		地方税法上・健康保険上の 扶養関係の確認	
名 前	申 請 者 と の 続 柄 ※ 申請者本人に◎ ※ 申請者の配偶者に●	(健康保険) 被保険者発行機関 被保険者本人・家族の別等	(市町民税課税に係る扶 養関係)

- ※ 申請者本人の配偶者は、合算除外の対象とはなりません。
- ※ 申請者本人と扶養関係があると認められる場合だけでなく、申請者の配偶者との扶養関係が認められる場合は、合算除外の対象とはなりません。
- ※ 申請者本人又はその配偶者が『扶養している』世帯員、または申請者本人又はその配偶者が『扶養されている』世帯員は、合算除外の対象となりません。
- ※ 市町民税課税証明書等に扶養控除の適用人数のみが記載されているような場合は、世帯員のうちの誰が誰を扶養しているのか等を十分に聞きとり、整合性があるかどうかを確認してください。
- ※ また、当該対象者を合算から除外しても世帯の市町民税課税（所得割）合計額の階層に変動がない場合は、この申請は不要ですので注意してください。