

# 自己負担限度額算定世帯員除外申告書

受 給 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
			性 別	
住 所	〒			
除 外 希 望 者	ふりがな 氏 名	受給者との続柄 ( )		
	ふりがな 氏 名	受給者との続柄 ( )		
	ふりがな 氏 名	受給者との続柄 ( )		

上記の除外希望者については、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者およ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 住 所

氏 名

(受給者との続柄 )

(電話 — — )

滋 賀 県 知 事 様

※下記要件をすべて満たす者は除外することが可能です。

受給者の配偶者でないこと。

地方税法上の扶養関係にないこと。

市町民税課税の際、受給者および配偶者が除外対象者の被扶養者とされておらず、かつ、除外対象者が受給者またはその配偶者の被扶養者となっていないこと。

医療保険上の扶養関係にないこと。

受給者および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、除外対象者が受給者また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。

保 健 所 受 付 印