様式８

東京都ウイルス性肝炎重症化予防推進事業

区市町村民税額合算対象除外申請書

下記〇印を付した「除外希望者」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、区市町村民税額の合算対象から除外することを希望し、下記のとおり申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〇住民票上の世帯全員を記入してください（満２０歳未満の方を除く）。
〇合算対象からの除外を希望する方の「除外希望者」欄に〇印を付けてください。
〇世帯全員分の健康保険証の写しを添えてください（満２０歳未満の方を除く）。

氏　名	生年月日		申請者との続柄	除外希望者
	大正・昭和・平成	年　月　日生	本人	
	大正・昭和・平成	年　月　日生		
	大正・昭和・平成	年　月　日生		
	大正・昭和・平成	年　月　日生		
	大正・昭和・平成	年　月　日生		
	大正・昭和・平成	年　月　日生		
	大正・昭和・平成	年　月　日生		