Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療医療費助成制度用

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、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患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

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（患者及び満２０歳未満の方を除く）。

氏　名	生年月日		患者との続柄	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		