

様式 1 1

肝炎治療自己負担上限額階層区分合算対象除外申請書

三重県知事 あて

記載年月日 年 月 日

受給者 受給者番号 \_\_\_\_\_  
〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_  
フリガナ \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

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、受給者及びその配偶者との関係において相互に医療保険上・地方税制法上の扶養関係にないものであるため、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。

除外対象希望者

フリガナ

氏名 (続柄) \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 (続柄) \_\_\_\_\_