（様式第 5）

（市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄）

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　様

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村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除外希望者氏名（フリガナ）

申請者氏名（フリガナ）　　印（記名・押印又は署名）

※　既に肝炎治療特別促進事業を受給されている方は、記入してください。

受給者番号							

保健所等記入欄	※ 既に受給を受けている者について 添付資料：受給者証 （現行の階層区分：　　→変更後の階層区分：　　） 特記事項		受付印
申請書	押印確認	※自己負担限度額の階層区分の決定に関する取扱いの「確認方法」でチェックすること。	