様式１５

**肝炎治療費助成自己負担額認定に係る合算対象除外申請書**

|  |
| --- |
| （市町村民税額合算対象除外希望者・記載欄）　**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。**　令和　　　　年　　月　　日記　　　除外希望者氏名（ふりがな）・・・・申請者氏名　　（ふりがな） 　　　　　　氏　　　名 　 |

* 合算除外が必要な最低限の除外対象者について申請してください。
* 複数人いる場合には、続けて記入してください。
* 婚姻関係にある場合には、合算除外することができません。

（添付書類）

・地方税法上扶養関係にないことが確認できる書類。（例：省略事項のない所得課税証明書）

・医療保険上扶養関係にないことが確認できる書類。（例：合算除外対象者の医療保険証）