

(別紙様式 5)

**定期検査費用の助成における市町村民税額合算対象除外希望申請書**

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、申請者およ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

ふりがな	
除外希望者氏名	
ふりがな	
除外希望者氏名	

申請者氏名 \_\_\_\_\_.

年 月 日

奈良県知事 殿

**【添付書類】**

市町村民税額合算対象から除外できることを確認する必要があるため、以下の書類を提出してください。

- ・ 除外希望者の健康保険証の写し