

## 世帯調書(兼 「市町村民税額世帯合算対象除外申告書」)

<b>【世帯調書】</b>					※階層		
<b>【記入上の注意】</b> 1. 世帯構成員欄には、住民票に記載されている方全員について記入してください。 2. 太枠の部分を入力してください。					世帯市町村民税額(所得割)	※	
世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	年齢	※市町村民税額(所得割)	※除外対象者(決定)	※備考
	本人		大正・昭和・平成・令和 年 月 日			/	
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				
			大正・昭和・平成・令和 年 月 日				

### 【市町村民税額世帯合算対象除外申告書】 ※該当者のみ記入

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を希望する世帯構成員がある場合は、下欄にご記入の上添付書類と共に提出ください。

◆除外できる場合

- ①配偶者でない      ②扶養関係にない

◆添付書類(②③は患者本人とその配偶者、除外を希望する方のものが必要)

- ①世帯全員の住民票(続柄明記のこと)
- ②健康保険証の写し
- ③市町村民税の課税状況(扶養控除関係)を証明する書類  
(例:課税証明書 市町村が通知する市町村民税の決定通知書の写し 源泉徴収票の写し)

除外を希望する世帯構成員氏名	フリガナ	続柄

市町村民税額世帯合算対象除外申告書について

※1 この申告書は、次項(※2)に該当する場合において「肝炎治療受給者証交付申請書(様式1号)」の提出時又は受給者証取得後に次項に該当することになった場合に「肝炎治療自己負担限度月額変更申請書(様式8号の2)」と一緒に提出するものです。

※2 この申告書は、自己負担の月額限度額(患者の世帯(住民票上の世帯)全員の市町村民税(所得割)課税年額の合算により所得階層区分を認定します。)の認定基礎となる世帯員の一部除外(以下「除外対象者」という。)を希望する場合に提出するものです。

なお、除外対象者は、患者との関係において、次の①～③の要件に全て該当する場合に限ります。

- ① 配偶者以外の者
- ② 医療保険上、患者及びその配偶者と相互に扶養関係にない者(患者及びその配偶者が除外対象者の加入する健康保険の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が患者及びその配偶者の加入する健康保険の被扶養者でないこと。)
- ③ 地方税法上、患者及びその配偶者と相互に扶養関係にない者(市町村民税課税の際、患者及びその配偶者が除外対象者の被扶養者でなく、かつ、除外対象者が患者及びその配偶者の被扶養者とされていないこと。)