

肝炎治療月額自己負担限度額変更申請書 (合算対象除外用)

年 月 日

静岡県知事 氏名 様

住 所 (〒 -)

申請者 氏 名 ⑤

電話番号 () -

(氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

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及び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課税年額の合算対象から除外することによる自己負担限度額の変更について申請します。

記

除外対象者氏名	フリガナ

(注) 本申請の除外対象者が、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及び医療保険上の扶養関係にない者であることを確認できる資料を併せてご提出ください。