

扶養親族等の課税状況に関する申立書

下記の者については、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請における医療費支給認定保護者又は医療費支給認定患者の控除対象配偶者及び扶養親族に該当しており、市町村民税非課税であることに相違ないことを申し立てます。

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

被保険者 氏名 _____

被保険者 住所 _____

記

・控除対象配偶者及び16歳以上の扶養親族の方について、記入してください。

①	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ()					
	非課税の理由	<input type="checkbox"/> 前年中の収入がなかった。 <input type="checkbox"/> 前年中の所得が45万円以下であった。 <input type="checkbox"/> 前年中の収入が「遺族年金・障害年金・その他非課税所得」のみであった。					
②	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ()					
	非課税の理由	<input type="checkbox"/> 前年中の収入がなかった。 <input type="checkbox"/> 前年中の所得が45万円以下であった。 <input type="checkbox"/> 前年中の収入が「遺族年金・障害年金・その他非課税所得」のみであった。					
③	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ()					
	非課税の理由	<input type="checkbox"/> 前年中の収入がなかった。 <input type="checkbox"/> 前年中の所得が45万円以下であった。 <input type="checkbox"/> 前年中の収入が「遺族年金・障害年金・その他非課税所得」のみであった。					
④	氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者と異なる ()					
	非課税の理由	<input type="checkbox"/> 前年中の収入がなかった。 <input type="checkbox"/> 前年中の所得が45万円以下であった。 <input type="checkbox"/> 前年中の収入が「遺族年金・障害年金・その他非課税所得」のみであった。					