

扶 養 控 除 申 出 書

三原市長 様

申請者 住所

氏名

印

※本人が手書きした場合は、押印不要です。

未熟児養育医療費負担金算定にかかる扶養控除対象者を次のとおり申し出ます。

※平成23年分の所得税から年少扶養控除等（16歳未満の方の扶養控除と16歳以上19歳未満の方の特定扶養控除）が廃止されたことにより税額が増加する世帯があります。未熟児養育医療費負担金の算定に当たっては、養控除廃止による影響を生じさせないよう、扶養控除廃止前の旧税額で階層区分を決定します。自己負担限度額が減額される可能性がありますので、該当者がいる場合は、申し出てください。なお、この申出書は、未熟児養育医療費負担金の算定のために限り、利用します。

前年又は前々年12月31日時点において、扶養控除対象者（19歳未満の扶養親族）

☐ なし

☐ あり （下欄に記入してください）

前年又は前々年12月31日時点の扶養控除対象者（19歳未満）

（ふりがな） 氏 名	続柄	生 年 月 日	年 齢 （前年又は前々年12月31日 時点）
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	