

肝炎治療医療費助成にかかる自己負担上限額認定のための扶養対象者の申告書

三重県知事 へ

記載年月日 年 月 日

受給者

〒

住所 _____

フリガナ

氏名 _____

平成22年度税制改正において、年少扶養控除及び16～18歳までの特定扶養控除の上乗せ部分の廃止が行われことにかかる、扶養控除見直し前の旧税額を計算するため必要となる「年少扶養」、「特定扶養」の対象者を下記のとおり申告します。

年少扶養対象者（0歳～15歳）

対象者氏名	扶養者名

特定扶養対象者（16歳～18歳）

対象者氏名	扶養者名