

※同意書の記入は必須です。

同 意 書

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和 年 月 日

【本人】

住所

氏名

印

【配偶者】

住所

氏名

印

代行申請者欄 ※被保険者以外の方がこの申請書を記入された場合、ご記入ください。

フリガナ		事業所が提出する場合は名称等を記入	
申請者 氏名		電話番号	
住所		本人との 関係	

※注意事項

- (1) 申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 他市に居住している配偶者がいる場合、その方の非課税証明書類が必要です。申告書の控えでも結構です。
- (3) 預貯金について、口座を複数所有している場合は、その全ての通帳等の写しを提出してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入居者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額に加えて最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。
- (5) 認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。