

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者または内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。(通帳の表紙・有無にかかわらず定期預金のページ・申請日の直近2ヶ月前から最終残高までを確認できるページを揃えて、本人と配偶者分を添付してください。)
- (3) 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入のうえ添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所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、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同 意 書

浜松市長

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。

日付を記入してください。

〇〇年 △△月 ××日

《本 人》

住 所 ××市△△区□□町123
氏 名 浜松 太郎

《配偶者》

住 所 ××市△△区□□町123
氏 名 浜松 花子

浜松市記入欄

交付年月日	備 考			
年 月 日	(所得分布の状況等を記入) 利用者負担段階 1・2・3-①・3-②・4			
適用年月日	1 生活保護受給 有・無 4 配偶者課税状況 課税・非課税			
年 月 日 から	2 老福年金受給 有・無 5 預貯金等超過 有・無			
有 効 期 限	受 付	入 力	確 認	備 考
年 月 日 まで				