



## 同意書

鎌ヶ谷市長 様

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、鎌ヶ谷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。

○ 年 ○ 月 ○ 日

申請日は必ず記入してください。

〈被保険者本人〉

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷○-○-○

氏名 鎌ヶ谷 太郎

〈配偶者〉

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷○-○-○

氏名 鎌ヶ谷 花子

ご本人および配偶者が寝たきり・認知症等の理由で自署できない場合は申請者代筆での申請が可能です。

〈代筆者〉 成年後見人、保佐人、補助人、親族の場合

( 被保険者本人分      配偶者分      ) ※該当するところに○

続柄 長男

住所 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷○-○-○

氏名 鎌ヶ谷 一郎

### ※注意事項

- (1) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (3) 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。

### 市記入欄

審査結果		認定状況	世帯状況	世帯課税状況	
<input type="checkbox"/> 該当(適用期間      年      月      日から) <input type="checkbox"/> 非該当(      ) 第      段階		<input type="checkbox"/> 認定済み <input type="checkbox"/> 更新・区変 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他(      )	<input type="checkbox"/> 本人非課税 <input type="checkbox"/> 配偶者非課税 <input type="checkbox"/> その他非課税	
生保受給	非課税年金	預貯金添付	資産状況	資産状況	担当
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 端末 <input type="checkbox"/> 照会(      )	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者	合計所得額+課税・ 非課税年金収入額 =                      円	<input type="checkbox"/> 未満 <input type="checkbox"/> 超過	