

a.b.c.の合計		円	
☐ 承認	☐ 第__段階	適用開始:	年 月 日～ 年 月 日
	☐ 生活保護受給中(受給開始: 年 月) ☐ 境界層 ☐ 特例減額		
☐ 不承認	☐ 課税世帯 ☐ 預貯金等超過(第__段階の資産要件) ☐ 別世帯の配偶者が課税 ☐ その他()		

同意書

四日市市長

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

被保険者本人	住 所	
	氏 名	㊞ ※本人自署の場合は押印不要です。
配偶者	住 所	
	氏 名	㊞ ※本人自署の場合は押印不要です。

被保険者本人以外の方が記入した場合、下記もご記入ください。

代 筆 者	住 所		電話番号	
	フリガナ		本人との 続柄	
	氏 名			
	介護事業所の職員が代筆者の場合 介護事業所の名称を記入してください			

【注意事項】

- (1)この申請書における「配偶者」については、別世帯の配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2)預貯金等について、複数の口座を保有している場合は、そのすべてを申告してください。また、通帳等の写しを添付してください。
- (3)書き切れない場合は、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。
- (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。

【問い合わせ先】
〒510-8601
四日市市諏訪町1番5号
四日市市役所 介護保険課
TEL 059-354-8190
FAX 059-354-8280