

同意書

鳥栖地区広域市町村圏組合 管理者 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、鳥栖地区広域市町村圏組合管理者の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び 申請年月日を記入してください を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

< 本人 >

住所 佐賀県鳥栖市本町3丁目1494-1

氏名 介護 太郎

< 配偶者 >

住所 佐賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇〇〇-〇〇

氏名 介護 花子

申請者(記入者)が被保険者本人の場合には、下記について記載不要です。

申請者氏名 介護 一郎	電話番号（自宅・勤務先） △△△-△△△△-△△△△
申請者住所 佐賀県△△市△△町△丁目△△△△-△△	本人との関係 長男

注意事項

- (1) この申請における「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) 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。
- (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。