

## 同意書

神石高原町長様

介護保険負担限度額認定に関して必要があるときは、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。)に私の世帯及び配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。)の所得、課税状況及び年金収入金額、老齢福祉年金及び生活保護の受給の有無並びに保有する預貯金及び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、神石高原町の報告要求に対し、銀行等が報告をすることについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えることは差し支えありません。

また、特定入所者介護(介護予防)サービス費の請求業務等により必要があるときに限り、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又はサービス提供事業者に対し、認定結果を伝えることに同意します。

年 月 日

【本人】

住 所

被保険者氏名  
(申請者)

配偶者「有」の場合  
【配偶者】

住 所

配偶者氏名

- 申請者本人及び配偶者の預貯金額が分かる通帳の写し(A4判)を添付してください。  
(写しは、①口座名義人が分かる部分と②申請日の直近の記帳残高が分かる部分が必要です。)
- 申請書(表面)の「有価証券」、「負債」、「その他」欄に金額を記入した場合は、その額が分かる書類の写し(A4判)を添付してください。