



※注意事項

- (1) 預貯金等について、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、その全てを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (2) この申請書における配偶者は、別世帯の配偶者及び内縁関係の者（事実婚）を含みます。
- (3) 虚偽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、加算金を含め、支給された額を返還していただくことがあります。
- (4) 審査を経て認定された方が、年度内に世帯状況の変更（被保険者御本人の結婚等）があった場合は、速やかに本市に連絡してください。
- (5) 適用開始日は、申請日（申請書類が提出された日）が属する月の初日となります。

## 同 意 書

（宛先） 秦野市長

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、国又は他の地方公共団体、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、照会することに同意します。

また、照会に対し、銀行等が回答することについて、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

＜配偶者＞

住所

氏名