同　意　書

　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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金なら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。

　　　　　　年　　　　月　　　　日

＜本人＞

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

＜配偶者＞

住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　か　ほ　く　市　処　理　欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 第１段階 |  | 第２段階 |  | 第３段階 |  | 非該当 | 端末確認 | 申請入力 | 認定入力 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 所属世帯課税状況等 |  |  | 非課税世帯 |  | 課税世帯 |  | 配偶者の課税状況および資産の勘案により、非該当 | 適用年月日 | 有効期限 | 交付年月日 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |