

同意書

伊那市長 殿

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。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）及び世帯員の課税状況、住民登録情報、その他に市が保有する情報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、市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
当該申請に対する決定事項について、私（被保険者）の介護サービスを提供する事業者に対して、市が本申請書の情報を提供することに同意します。

年 月 日
＜被保険者本人＞

住 所

氏 名

＜配偶者＞ ※いない場合は記入不要

住 所

氏 名

市 記入欄

受付年月日		備 考	
年 月 日	認定有無		
	1 市民税課税状況（世帯全員）	課 税	・ 非課税
	2 市民税課税状況（配偶者）	課 税	・ 非課税
	3 所得・年金収入状況	1段階	・ 2段階 80万円以下
適用年月日	（利用者負担段階に○する。）	3段階① 80万円超120万以下	・ 3段階② 120万円超
年 月 日 から	4 預貯金等（単身）	過大 ・ 過大でない	
		1段階・2号(40歳～64歳) 1,000（夫婦2,000）万円以下	
		2段階 650（夫婦1,650）万円以下	
		3段階① 550（夫婦1,550）万円以下	
有効期限		3段階② 500（夫婦1,500）万円以下	
年 月 日 まで	5 介護保険料の滞納	有	・ 無
	6 生活保護受給	有	・ 無
	7 境界層措置	該 当	・ 非該当（該当の場合資料添付）
	8 老齢福祉年金受給	有	・ 無
	9 特例減額措置	該 当	・ 非該当（該当の場合資料添付）

処理欄	状況調査	確 認	システム入力	決定通知	認定証交付（交付年月日）
					(年 月 日)