

同意書

町田市長 様

介護保険負担限度額認定（特例減額措置）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、町田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。

なお、銀行等からの報告の結果、預貯金等が一定金額（450万円）を超えていた場合、本申請に伴う認定開始日まで遡り、非該当になることを同意します。

年 月 日

〈被保険者本人〉

住所

氏名

印

〈世帯員〉

住所

氏名

印

〈世帯員〉

住所

氏名

印

・注意事項

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、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。

提出書類はコピーを取り、お手元に大切に保管してください。