同　意　書

町田市長　様

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、銀行等への調査の結果、預貯金等が、利用者負担段階ごとに定められている資産額を超えていた場合、本申請に係る認定開始日まで遡り、非該当とな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〉

住所

氏名

〈成年後見人・保佐人・補助人等〉

続柄

氏名

・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。