

同意書

松 伏 町 長 宛て

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。)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、松伏町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。

令和 年 月 日

住 所:

氏 名:

住 所:

氏 名:

松伏町記入欄

限度額認定証	判定結果	承認 ・ 不承認	配偶者	有 ・ 無	配偶者の課税	有 ・ 無
	交付年月日	令和 年 月 日	生活保護	有 ・ 無	老齢福祉年金	有 ・ 無
	適用年月日	令和 年 月 日	給付制限の有無	有 (~) ・ 無		
	有効期限	令和 年 月 日	世帯の課税状況	課税 () ・ 非課税		
負担段階		資産の状況		課税年金収入(A)	合計所得金額(B)	A+B
☐ 第1段階	☐ 単身1,000万円、夫婦2,000万円以下					
☐ 第2段階	☐ 単身650万円、夫婦1,650万円以下		非課税年金収入	有 (円) ・ 無		
☐ 第3段階①	☐ 単身550万円、夫婦1,550万円以下		【備考】			
☐ 第3段階②	☐ 単身500万円、夫婦1,500万円以下					