

年 月 日
 尼崎市長 あて

[illegible]

(3) 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、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。	
本人	住所
	氏名
配偶者	住所
	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は、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。	

・本人および配偶者名義の通帳の写し → 通帳1冊につき①②③の写しが必要です。
 ・有価証券の評価額がわかる書類の写し ①表紙の裏面(銀行名、店名、名義等の確認)
 ・成年後見人等は登記事項証明書の写し ②最新の残高の日から過去2か月分の取引明細
 ・生活保護受給者は受給者証明書 ③定期預金のページ(預け入れがなくても必要)

(5) 連絡先（申請内容について回答できる方）および 申請者（提出者）					
連絡先 (問合せ先)	氏名		日中連絡がとれる電話番号 () -		
	住所	〒 ー		本人との関係	
申請者 (提出者)	氏名		日中連絡がとれる電話番号 () -		
	住所	〒 ー ケアマナは、事業所名と所在地を記入		本人との関係	

□認定します。	適用年月日	令和	年	月	日	から	
	有効期限	令和	年	月	日	まで	
利用者負担段階	□第1段階		□第2段階		□第3段階（1）		□第3段階（2）
	□その他		居住費 第		段階 / 食費 第		段階
□認定しません。	□市民税課税世帯 □別世帯配偶者が課税 □預貯金超過 □他						

決定します。			備 考	☐ 送付先 同時受理	受 付 印
令和 年 月 日					
課 長	係 長	係			