|  |
| --- |
| 市町村民税課税状況等の照会に関する同意書  　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、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、貴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。  　　年　　　月　　　日  浪江町長  　　　　　　　　　住　所　浪江町大字  本　　　　人  （被保険者）  　　　　　　　　　氏　名  （代筆者）　住　所  氏　名  　　　　　　　　　住　　所  配偶者  　　　　　　　　　氏　　名  （代筆者）　住　所  氏　名  ※お一人で本人及び配偶者の方の代筆を行う場合は本人代筆欄のみ記入ください |

避難先住所

〒

　　　　　　　　県

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（アパート名等　　　　　　　　　　　　　　　　）

（送付先住所）※避難先と別に送付希望の場合はご記入ください

〒

注意事項

１　配偶者には、婚姻の届出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。

２　預貯金等については、複数所有している場合は、そのすべての合計金額を記入して、写しを添付してください。なお、書ききれない場合は、余白に記入するか別紙にご記入ください。

３　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には、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。

●　添付書類（例）

　預貯金…金融機関名・支店・口座番号・名義の分かる部分と申請日の直近２か月前までの残高が

確認できる部分の写し

　有価証券…証券会社や銀行の口座残高などの写し