介護保険負担限度額認定申請用

同意書

吹田市長　宛

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、吹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。

令和　７　年　７　月　２０　日

〈本人〉

〒５６４－８５５０

住所　**吹田市泉町１－３－４**

氏名　**吹田　太郎**

記載内容を確認の上、署名をお願いします。
ご家族による代筆も可能です。
成年後見人等が申請する場合は、本人氏名の後に成年後見人等の氏名も並記し、登記事項証明書の写しを添付してください。

〈配偶者〉

〒５６４－８５５０

住所　**吹田市泉町１－３－４０**

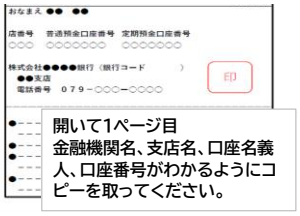
氏名　**吹田　花子**

申請者が本人以外の場合は、下記に記載が必要です。

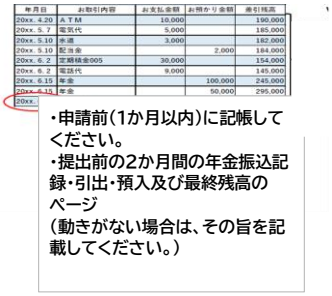
申請者	氏名	（事業者の場合は事業者名） **特別養護老人ホーム　すいた**	本人からみた続柄	**介護老人福祉施設**
	住所	**吹田市出口町１９－２**	電話番号	０６－６３３９－１２０７

通帳の写しについては下記①②③の添付が必要です。
コピーした紙は切らずに、A4サイズのまま添付してください。

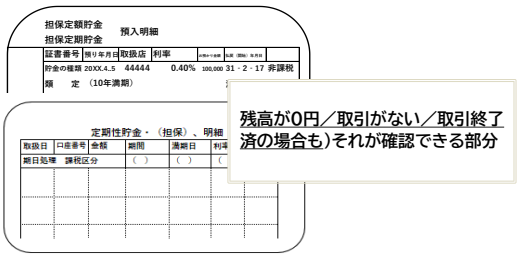
①表紙をめくった見開きページ



②最新の残高がわかるページ



③定額、定期、積立等の通帳がある場合は、残高がわかるページ



★ゆうちょ銀行ご利用の方へ

表紙裏見開きページの「定額定期自動貸付け」に〇印がついている場合は、担保定額貯金、担保定期貯金預入明細のページもコピーをお願いします。

★その他の資産（ある場合のみ）のコピー

有価証券（株式・投資信託・国債・地方債・社債等）をお持ちの方は、証券や取引残高証明書、取引口座の残高等の時価評価額のわかるものの写しを提出してください。