

照会同意欄

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 年 月 日

<本人>

〒
住所

氏名

<配偶者>

〒
住所

氏名

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者	氏名	(事業者の場合は事業者名)	本人から みた続柄	
	住所		電話番号	

【以下、市役所記入】

利用者負担段階	所得要件と資産要件	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者で 預貯金額は1,000万円(2,000万円)以下です【()内は夫婦の場合】				
<input type="checkbox"/> 第1段階		<input type="checkbox"/>	民世 税帯 非全 課員 税が 市町 村	課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間80万円以下で 預貯金等の額は650万円(1,650万円)以下です【()内は夫婦の場合】			
<input type="checkbox"/> 第2段階		<input type="checkbox"/>		課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間80万円超～ 120万円以下で預貯金等の額は550万円(1,550万円)以下です【()内は夫婦の場合】			
<input type="checkbox"/> 第3段階①		<input type="checkbox"/>		課税年金収入額と非課税年金収入額および合計所得金額の合計が年間120万円を超え 預貯金等の額は500万円(1,500万円)以下です【()内は夫婦の場合】			
<input type="checkbox"/> 第3段階②			預貯金額		円	有価証券 (評価概算額)	円
<input type="checkbox"/> 非該当			(その他)		円	合計	円

起案日	年	月	日	
決裁日	年	月	日	
決裁欄	参事	主幹	主査	係員