

同意書

東吉野村長 殿

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、貴村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

資産に関する申告書

1 本人の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	① 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	② 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	③ 円
			円	

2 配偶者の預貯金等状況

区分	有無	内 容		合計額
預貯金	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	預貯金先	預貯金額	④ 円
		[支店]	円	
		[支店]	円	
現金			円	
有価証券	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	種 類	評価概算額	⑤ 円
			円	
その他 (負債等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	⑥ 円
			円	

注1) 通帳等の写しは、「銀行名・支店・口座番号・名義のわかるページ」と「直近2ヶ月間の取引が確認できる記帳ページ」のコピーを添付してください。

注2) 同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。書き切れない場合は、別紙に記入の上添付してください。

注3) 預貯金額等については、金融機関等に照会することがあります。

注4) 負債については、添付書類を確認し、預貯金等から差し引きます。

注5) 添付書類については、下記の表を確認してください。

注6) 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、支給された額および最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

資産の内容	添付書類
預貯金(普通・定期)	通帳の写し(インターネットバンクの場合はウェブサイトの写しでも可)
有価証券(株式・国債・地方債・社債等)	証券会社や銀行の口座残高の写し
負債(借入金・住宅ローンなど)	借用証書等の写し