

月 目

介護保険被保険者証の被保険者
番号を記入します
※分からなければ記入不要

個人番号は未記入でも受け付けます。

夫婦で世帯分離している場合も「有」に○をつけ、すべてご記入ください。

該当する欄にチェックしてください。
(不明の場合は記入不要)

非課税

夫婦の場合は夫婦の合計額を一の位までご記入ください。

申請者が被保険者本人の場合には、以下の記載は不要です。

申請者が本人と異なる場合は記入が必要です。

裏面もご記入ください

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。

同意書

行田市長 様

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、貴職の報告要求に対し、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