

## 同意書

(宛先) 所沢市長

年度の社会福祉法人等による介護保険利用者負担限度額軽減対象確認申請にあたり、申請書に記入した内容に誤りはありません。

また、私、私の世帯員及び私を扶養とする親族（以下「私等」という。）の収入及び資産等の状況について、必要があるときは、貴市が官公署に調査を委託し、または、銀行、信託会社その他の関係機関、私もしくは私の世帯員の雇用主、その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

.....(代筆者.....続柄.....)

(世帯員) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\*世帯員において、児童・学生の方は除いてご記入ください。

(被保険者の方を扶養としている方)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

続柄 \_\_\_\_\_

※収入の状況等に関する情報は、提出いただいた申請書等から確認が出来ない場合に限り、利用されます。

※調査で得られた情報は、社会福祉法人による介護保険利用者負担軽減対象の判定以外には使用いたしません。