

同意書

(あて先) 志賀町長

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印

町記入欄 (これより下は記入不要)

決定日	平成	年	月	日
<input type="checkbox"/> 承認	<input type="checkbox"/> 生活保護		<input type="checkbox"/> 世帯非課税 (年金等 80 万超)	
	<input type="checkbox"/> 老齢福祉年金受給 (世帯非課税)		<input type="checkbox"/> 生活保護境界層	
	<input type="checkbox"/> 世帯非課税 (年金等 80 万以下)		<input type="checkbox"/> 特例減額措置 <input type="checkbox"/> 経過措置	
	負担限度額 (1日あたり)	食費	円	
		居住費 (滞在費)	・ユニット型個室	円
		・ユニット型準個室	円	
		・従来型個室 (特養等)	円	
		・従来型個室 (老健・療養等)	円	
		・多床室	円	
	有効年月日	平成	年	月 日 ~ 平成
	交付年月日	平成	年	月 日
<input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 世帯課税			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			