

(社会福祉法人等利用者負担減額確認用)

同意書

つくば市長 様

私、私の世帯員及び世帯を別にする私を扶養する者（以下私等）は、社会福祉法人による介護保険サービス利用者負担額軽減対象の確認に必要な場合には以下の点について担当職員が確認すること、もしくは関係機関に報告を求めることについて同意します。

また、貴市の報告要求に対し、関係機関が報告することについて、私等が同意している旨を関係機関に伝えて構いません。

1. 市県民税の課税状況
2. 資産（預貯金、不動産等）の内容
3. 生活保護の受給状況
4. 介護保険料の支払い状況
5. 扶養の有無等

令和 年 月 日

住所 _____

被保険者氏名 _____

世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____

世帯員氏名 _____

被保険者と世帯を別にする扶養者住所 _____

被保険者と世帯を別にする扶養者 _____

※被保険者本人、被保険者と同一世帯の方、及び被保険者と世帯を別にする被保険者を扶養している方の全員分の記名が必要です。