

同意書

くすのき広域連合長 様

介護保険料減免申請のために必要があるときは、官公署、健康保険組合、年金保険者、銀行、信託会社、その他の機関（以下「銀行等」という。）に、私及び私の世帯員の、課税状況、扶養状況、保有する預貯金、有価証券等の残高等について、報告を求めることに同意します。

また、くすのき広域連合長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の世帯員が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

年 月 日

被保険者本人

〒 _____
住 所 _____

旧姓
氏 名 (_____)
生年月日 _____ 年 月 日 生まれ

※被保険者本人が記載しない場合は、記名・押印してください。

世帯員

〒 _____
住 所 _____

旧姓
氏 名 (_____)
生年月日 _____ 年 月 日 生まれ

※世帯員本人が記載しない場合は、記名・押印してください。

世帯人数		人 (申請者を含む、世帯員全員分をご記入ください)	
氏名	被保険者本人	世帯員	
年中の収入金額 (年1月1日～12月31日) ※申請日の属する年の前年			
給与収入 A	収入	円	収入 円
	源泉徴収票等の写しを添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>		
年金収入 B	() 年金		() 年金
	年額	円	年額 円
	() 年金		() 年金
	年額	円	年額 円
	() 年金		() 年金
	年額	円	年額 円
	合計	円	合計 円
受給している課税年金をすべて記入してください。			
事業収入	収入金額	円	収入金額 円
不動産収入	確定申告書等の写しを添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>		
その他収入 C	確定申告書等の写しを添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>		
年間収入合計	円 (A+B+C)		円 (A+B+C)
被保険者本人の 預貯金の額	円		
通帳の写し等を添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/> ※銀行、支店名、預金種別及び口座番号がわかるページと、直近2か月以内に記帳を行い、そこから2か月間さかのぼり入出金の動きがわかるページの写しを添付してください。定期預金等も含めた、全ての通帳の写しが必要です。			
被保険者本人の 有価証券等	有 () 円 無	有価証券の申請日時点の評価額がわかる書類の写し等を添付してください。 添付確認 <input type="checkbox"/>	
世帯の自宅以外の 不動産	有 () 無	有 () 無	
被保険者本人の 被扶養状況	() に扶養されています 扶養されていません	住民税課税者に扶養されている場合は扶養者の氏名を記載してください。	
被保険者本人の 介護保険料納付 状況	滞納していません 滞納しています		

該当する項目を○で囲み、数値等をご記入ください。書類を添付したときは添付確認欄にチェックしてください。A～Cについて該当する収入がない場合は「0」を入力してください。上記の通り相違ありませんので、申告いたします。

住 所

氏 名

生年月日

年

月

日

被保険者番号