**同 意 書**

**米沢市長　あて**

**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。）若しくは、私の世帯に属する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、報告を求めることに同意します。**

**また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者若しくは、私の世帯に属する者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。**

**年　　　月　　　日**

**＜本人＞　　　　　氏名**

**住所**

**＜同一世帯員＞　　氏名　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　氏名**

**氏名　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　氏名**

**＜配偶者＞　　　　氏名**

**住所**

**【市記入欄】**

|  |  |
| --- | --- |
| **市民税（世帯）** | **□課税　　　　　□非課税** |
| 1. **合計所得金額**
 | **円** |
| 1. **課税年金収入額**
 | **円** |
| 1. **非課税年金収入額**
 | **円** |
| **判定基準額（ア＋イ＋ウ）** | **円** |
| **利用者負担段階** | **１** | **２** | **３①** | **３②** | **４** |

**生保　あり　・　なし**

**老福　あり　・　なし**

３①以下で非課税年金無

　　　　　年１月１日現在

　　　市外　・　市内

前回　　　段階・　新規