第２１号様式の２（第１６条関係）

同　意　書

（宛先）新発田市長

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。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、新発田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＞

住所

氏名

＜配偶者＞

住所

氏名

市記入欄

<table>
<tr><td>交付年月日</td><td colspan="2">所得分布の状況を記入</td></tr>
<tr><td rowspan="5">年　月　日
適用年月日
年　月　日
から
有効期限
年　月　日
まで</td><td rowspan="5">・配偶者の有無　有　・　無
（配偶者の市民税課税状況）　課税　・　非課税
・世帯課税状況　課税　・　非課税
・生活保護受給　有　・　無
・老齢福祉年金　有　・　無
・非課税年金受給　有　・　無
・課税年金収入額＋合計所得金額＋非課税年金収入額
80 万円以下・80 万円超 120 万円以下・120 万円超
・預貯金額等合計
（　　）円
預貯金等基準額
単身　1000 万円・ 650 万円・ 550 万円・ 500 万円
夫婦　2000 万円・1650 万円・1550 万円・1500 万円
超過　・　以下</td><td rowspan="5">【決定内容】
１．承認する
利用者負担
第　　段階
２．承認しない</td></tr>
<tr></tr>
<tr></tr>
<tr></tr>
<tr></tr>
</table>