

松江市長 様

年 月 日

介護給付費等の利用者負担上限月額認定に係る同意書

介護給付費等の利用者負担上限月額認定、特別障害者特別給付費の算定等にあたり、私及び世帯員の課税状況、収入状況等について、個人番号を用いて関係公簿を照会し、情報提供を受けることに同意します。

|                      |                                  |   |
|----------------------|----------------------------------|---|
| 利用者が<br>18歳以上<br>の場合 | 利用者の<br>(申請者) (住所)<br><br>(氏名)   | ㊞ |
| 利用者が<br>18歳未満<br>の場合 | 保護者の<br>(申請者) (住所)<br><br>(氏名)   | ㊞ |
|                      | 保護者の<br>(申請者以外) (住所)<br><br>(氏名) | ㊞ |
|                      | 利用者の (住所)<br><br>(氏名)            | ㊞ |

|     | 氏名 | 生年月日 | 利用者との<br>関係 | 個人番号    |
|-----|----|------|-------------|---------|
| 申請者 |    |      |             | ※申請書に記載 |
| 配偶者 |    |      |             |         |
| 世帯員 |    |      |             |         |
|     |    |      |             |         |
|     |    |      |             |         |
|     |    |      |             |         |

※利用者本人が18歳未満の場合、本人も含め全ての世帯員を記入してください。

※20歳未満で施設入所支援を受ける場合は、その保護者名を世帯員欄に記入してください。

※世帯員欄に書ききれない場合は、別紙に上記と同様に記入の上、添付してください。