

承 諾 書

年 月 日

(宛先) 金沢市社会福祉事務所長

1 下記に係る利用者負担上限月額の設定に当たり、市が利用者の属する世帯の世帯構成を調査すること。(1)から(3)のうち、該当するものに○を付けてください。)

- (1) 介護給付費等（訓練等給付費、特定障害者特別給付費、療養介護医療費）
- (2) 地域生活支援事業
- (3) 障害児通所給付費等（肢体不自由児通所医療費、障害児入所給付費、障害児入所医療費）

2 上記1を踏まえて、利用者が18歳以上の場合は、市が利用者並びにその世帯に属する利用者の配偶者に係る収入状況及び課税状況を調査すること。ただし、施設に入所する20歳未満の利用者については、保護者等の当該利用者を監護する者に係る収入状況及び課税状況を調査するものとする。

利用者が18歳未満の場合は、市が利用者の保護者並びにその世帯の世帯構成員に係る収入状況及び課税状況を調査すること。

3 上記1(1)又は(2)の設定に当たり、市が利用者の介護保険法の規定による要介護認定の有無、要介護度及びサービスの利用状況を調査すること。

また、上記1(3)の設定に当たり、市が利用者の手当、年金、生活保護の受給状況を都道府県、市町村又は社会保険事務所等に確認すること。

4 事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要があると認められるときは、市が利用者の健康状態等、上記1(1)又は(2)のいずれかの決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。

また、事業者又は施設がサービスを提供するに当たり必要であり、かつ、利用者の福祉に資すると認められる場合は、市が利用者の健康状態等又は上記1(3)の決定のために調査した内容について、事業者又は施設に対して情報提供すること。

以上について、同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

.....(署名又は記名押印).....

保 護 者 住 所

氏 名

.....(署名又は記名押印).....