

同意書

高 鍋 町 長 殿

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、年金保健者又は銀行、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、高鍋町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。

令和 年 月 日

【本人】

住所

氏名 印

※本人が手書きしない場合は記名、押印してください。

【配偶者】

住所

氏名 印

※本人が手書きしない場合は記名、押印してください。