

同意書

(宛先) 幸田町長

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、信託会社その他の機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（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、幸田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 _____

< 配偶者 >

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

町記入欄

交付年月日	令和 年 月 日	利用者負担段階 1・2・3・4
適用年月日	令和 年 月 日から	備考
有効期限	令和 年 月 日まで	