

同意書

みよし広域連合長 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、貴連合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 _____

(署名又は記名押印)

<配偶者>

住所

氏名 _____

(署名又は記名押印)

<代筆者> ※本人以外の方が記入する場合、ご記入ください。

氏名 _____

(署名又は記名押印)