

同意書

市川町長 様

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ること、及び本申請に対する決定事項について、居宅介護支援事業者、介護サービス提供施設に対して、情報を提供することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住 所 _____

氏 名 _____

代筆者氏名 _____
※代筆の場合は、代筆者氏名をこちらにご記入ください。

<配偶者>

住 所 _____

氏 名 _____

代筆者氏名 _____
※代筆の場合は、代筆者氏名をこちらにご記入ください。