

同 意 書

甲良町長 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
または銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に
私および配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況および
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、私および
配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

_____年 月 日

〈本人〉

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

〈配偶者〉

住所 _____

氏名 _____ 印 _____