同　意　書

（裏面）

清水町長　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。

　　　　年　　　月　　　日

　　　　（本人）

　　　　　　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　（配偶者）

　　　　　　住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）　氏名（法人にあっては、当該法人の名称及び代表者名）を自署しない場合は、押印が必要です。