

同意書

五城目町長 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

五 城 目 町 記 入 欄					
交付年月日	令和 年 月 日	(所得の状況等)			
適用年月日	令和 年 月 日				
有効期限	令和 年 月 日				
審 査	課税区分 (市町村民税)	配偶者課税 区分	認定区分	減額認定事項 (自己負担額)	審査職員印
	世帯非課税 課税者有	非課税 課 税	認定 ・ 却下	第 段階	