

同 意 書

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の残高について、照会することに同意します。

また、会津坂下町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

会 津 坂 下 町 長 あて

令和 年 月 日

<本人>

住 所：

氏 名：

<配偶者>

住 所：

氏 名：