

同 意 書

かつらぎ町長 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、かつらぎ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。

なお、申請者及び配偶者へ 認定等に関する情報を開示することに併せて同意します。

年 月 日

<本 人>

住 所

氏 名

印

<配偶者>

住 所

氏 名

印