

## 同 意 書

吉岡町長 様

私は、介護保険負担限度額認定申請にあたり、申請の認定のために必要があるときは、以下のことについて同意します。

1. 私の世帯の所得状況等を貴職が確認等すること。
2. 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。

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

<申請者本人（被保険者）>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<配偶者（内縁関係の方を含む）>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

<提出代行者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

申請者本人（被保険者）との関係 \_\_\_\_\_