

ご注意!

負担限度額認定更新手続きの際に必要です。
この同意書の記入・押印がない場合は申請を受付できません。

同 意 書

高原町長 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、照会することに同意します。

また、貴町長の照会に対し、銀行等が回答することについて、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.....⑩

<配偶者>

住所.....

氏名.....⑩