

同意書

三木町長 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、三木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。

令和 年 月 日

<本人署名>

住所

氏名

<代筆者署名> 本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、
本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名

本人との続柄 配偶者・子・孫・その他（ ）

<配偶者署名>

住所

氏名

<代筆者署名> 配偶者本人が身体的な理由等で署名できない場合のみ、
配偶者本人の同意を得て代筆してください。

代筆者氏名

本人との続柄 配偶者・子・孫・その他（ ）

※業務で知り得た課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等に関する情報は、介護保険負担限度額認定に関してのみ取り扱います。