同　意　書

栃木県さくら市長　花塚　隆志　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、貴市（町村）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。

年　　月　　日

〈　本人　〉

住所

氏名

〈　配偶者　〉

住所

氏名

※押印は不要です。

※成年後見制度利用の場合、成年後見登記に関する登記事項証明書を添付してください。

◆市記入欄

提出者	□介護保険被保険者証　□医療保険の被保険者証　□介護保険負担割合証 □運転免許証　□介護支援専門員証　□個人番号カード □個人番号通知カード □その他（　　）

※公官庁が交付した顔写真付き身分証の場合は１点、それ以外の場合は２点を確認してください。