

## 同意書

大村市長 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、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、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、貴職の報告要求に対し、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

<本人>

住所

氏名

署名又は記名押印してください。

<配偶者>

住所

氏名

署名又は記名押印してください。