

同意書

枕崎市長 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、報告を求めることに同意します。

また、枕崎市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。

令和 年 月 日

〈本人〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈配偶者〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

市記入欄

利用者負担段階	非該当根拠	備考	交付年月日	
<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 預貯金等合計額超過		令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 第2段階			適用年月日	
<input type="checkbox"/> 第3段階①			令和 年 月 日から	
<input type="checkbox"/> 第3段階②			有効期限	
<input type="checkbox"/> 非該当			令和 年 7月31日まで	
決裁	課長	係長	係	担当