|  |
| --- |
| 同　意　書  　　　三朝町長　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、貴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  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  　　　　　＜配偶者＞  　　　　　　　住所  　　　　　　　氏名 |