|  |
| --- |
| 同　意　書益子町長　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。　　平成　　年　　月　　日　　　　＜本人＞　　　　　　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　＜配偶者＞　　　　　　住所　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |