|  |
| --- |
| **同意書**  　和泊町長　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，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 |