同　意　書

大 江 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、大江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。

　　　年　　　月　　　日

　　　＜本人＞

　　　　　住所　西村山郡大江町大字

　　　　　氏名

　　　＜配偶者＞

　　　　　住所　西村山郡大江町大字

　　　　　氏名