

# 同意書

泉大津市長 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、報告を求めるとに同意します。

また、貴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

⑩

[配偶者]

住所

氏名

⑩

\*必ず押印してください。

.....  
泉大津市処理欄

	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階	<input type="checkbox"/> 非該当
所属世帯 課税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 配偶者の課税状況及び資産の勘案により、非該当			
交付年月日	適用年月日		有効期限	
平成 年 月 日	平成 年 月 日		平成 年 月 日	

上記のように決定し、本人に通知してよろしいか。

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係 員