

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、報告を求めることに同意します。

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。

令和8年〇月〇日

<本人>

住所 泉大津市〇〇町〇番〇号

氏名 泉大津 太郎

被保険者の氏名
（配偶者がいる場合は、配偶者も）の記入
が必要です。

<配偶者>

住所 泉大津市〇〇町〇番〇号

氏名 泉大津 花子

「同上」は不可です。
住所をご記入ください。

この部分は記入不要です。

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①	<input type="checkbox"/> 第3段階②	<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・資産の勘案により非該当				
給付制限の有無	<input type="checkbox"/> 給付制限なし <input type="checkbox"/> 給付制限中						
交付年月日	令和 年 月 日	決 裁	課長	課長補佐	係長	主査	係員
適用年月日	令和 年 月 日						
有効期限	令和 年 月 日						