

同意書

(宛先) 壱岐市長

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、壱岐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△年△月〇〇日

<本人>

住所 長崎県壱岐市芦辺町芦辺浦〇〇〇番地

氏名 壱岐 太郎 印

<配偶者>

住所 長崎県壱岐市芦辺町芦辺浦〇〇〇番地

氏名 壱岐 花子 印

忘れずに押印して下さい。
※シャチハタ印は使用不可

被保険者以外の方が提出する場合、下記について記入してください。

提出者氏名 壱岐 次郎	連絡先（自宅・携帯・勤務先） 0920-45-〇〇〇〇
提出者住所（事業所が提出する場合、事業所名及び所在地） 壱岐市〇町△触□□番地	本人との関係 子

提出される方の氏名・住所等を記入

【保険者記入欄】

利用者負担段階	第 段階	世帯課税状況	課税・非課税	合計所得	円
交付年月		配偶者課税状況	課税・非課税	課税・非課税	円
適用年月					円
有効期					・非該当
受付					
	年 月 日				

保険者記入欄には何も記入しないでください。