同　意　書

西会津町長　様

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、西会津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。

加えて、負担段階の判定を行う上で必要な、同一世帯人の住民税課税状況の確認をさせていただくことに同意します。

　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　＜本人＞

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名

　　　　　　＜配偶者＞

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名

  　　　　＜世帯主＞　※本人または本人と同一世帯の配偶者が世帯主の場合は、記入不要。

　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　氏名