

同意書

立川市長 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、年金保険者または銀行、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、立川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。

年 月 日

<被保険者本人>

住 所 _____

氏 名 _____

<配 偶 者> 有 無 ※無の場合は以下の記入は不要です。

住 所 _____

氏 名 _____