

(別記様式 5 - 6 の 2)

## 同 意 書

幌泉郡えりも町長 様

年 月 日

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、貴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。

被保険者氏名	フリガナ  Ⓜ	性 別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭  年 月 日 歳
住 所	〒  電話番号		
配偶者氏名	フリガナ	性 別	生 年 月 日
		男・女	明・大・昭  年 月 日 歳
住 所	〒  電話番号		

この同意書を本人に代わって記入した方は以下に記入してください。

代理者氏名	フリガナ  Ⓜ	被保険者との関係	
連絡先住所	〒  電話番号		