

(別記様式 5 - 6 の 2)

記載例

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
	サービスを利用されている方の氏名・押印 ^①	男・女	明・大・昭 年 月 日 歳
住 所	〒 サービスを利用されている方の住所 電話番号		
配偶者氏名	フリガナ	性 別	生 年 月 日
	サービスを利用されている方の配偶者の氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日 歳
住 所	〒 サービスを利用されている方の配偶者の住所 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 本人以外が申請する場合、 その方の氏名・押印 ^①	被保険者との関係	サービスを利用 されている方か らみでの続柄
連絡先住所	〒 本人以外が申請する場合、その方の住所 電話番号		