

同意書

沼田市長 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、沼田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。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

代 筆 者

〈 本人との関係 〉

沼田市記入欄

	添付書類	☐ 通帳等の写し（申請書記載分全て）	
交付年月日	所得状況等	非該当	
年 月 日		第4段階（課税層における特例減額措置対象）	
		第3段階②（前年度合計が120万円以上）	
		第3段階①（前年度合計が80.9万円以上120万円以下）	
有効期間		第2段階（前年度合計が80.9万円以下）	
年 月 日	本人・世帯 （ 課税・非課税 ）	第1段階（老齢福祉年金・生活保護受給者）	
～ 年 月 日		配偶者 （ 課税・非課税 ）	資産状況 合計（ ）・非該当