

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。

令和 ●年 ●月 ●日

〈被保険者〉

申請書の被保険者と同じ氏名、
住所を記入してください。

住所 〒●●●●－●●●● 沼田市●町●番地●

氏名 沼田 太郎 代筆 ●● ●●(長女)

〈被保険者の配偶者〉

住所 〒●●●●－●●●● 沼田市●町●番地●

氏名 沼田 花子 代筆 ●● ●●(長女)

記入日・住所・氏名は、必ず被保険者本人・配偶者本人が手書きでご記入ください。
被保険者本人、配偶者本人が自署できない場合は、代筆でも構いません。
なお、その場合は、本人の氏名に続いて、代筆者の氏名、続柄をご記入ください。

※成年後見人がついている場合には、成年後見人がついていることがわかる書類を添付していただき、同意書は成年後見人の方がご記入ください。