

同意書

(申請先)

知多郡阿久比町長

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の残高について報告を求めること、私の世帯の所得状況等を公簿等により確認を受けることに同意します。

また、阿久比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

㊞

町記入欄（この欄は記入しないでください。）

該当区分	第1段階	・	第2段階	・	第3段階	・	第4段階
交付年月日	年	月	日	備考			
適用年月日	年	月	日				
有効期限	年	月	日				