

# 同意書

門真市長 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、門真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

〒 ー

住 所 \_\_\_\_\_

旧姓

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ ( )

(本人様が記入される場合は押印を省略できます)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 生まれ

本人との関係

※本人が記載できない場合 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ ( )

配偶者

〒 ー

住 所 \_\_\_\_\_

旧姓

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩ ( )

(配偶者様が記入される場合は押印を省略できます)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 生まれ

本人との関係

※配偶者が記載できない場合 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ ( )