

同意書

私は、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、袋井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。

また、私は、介護保険負担限度額認定のため必要があるときは、袋井市が私の世帯（同一の世帯に属さない配偶者含む）の収入の状況について調査すること及び私の申請結果について入所中の介護保険施設又は契約した居宅介護（予防）支援事業所に情報提供することに同意します。

年 月 日

袋井市長 様

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名