

同意書

結城市長 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、貴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

<本人>

住 所

氏 名

<配偶者>

住 所

氏 名

<代理人> ※代筆される場合に記入

住 所

氏 名

結 城 市 記 入 欄

交 付 年 月 日	所得段階	<input type="checkbox"/> 第1 段階	<input type="checkbox"/> 第2 段階	<input type="checkbox"/> 第3 段階①	<input type="checkbox"/> 第3 段階②	<input type="checkbox"/> 非該当
年 月 日	所属世帯課 税状況等	<input type="checkbox"/> 非課税 世帯	<input type="checkbox"/> 課税 世帯	<input type="checkbox"/> 配偶者の課税状況及び資産の勘案により、非該当		
年 月 日		課税年金収入				円
		非課税年金収入				円
有 効 期 限		合計所得				円
		※段階判定額				円
年 月 日 まで	備考					