

同 意 書

佐 渡 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、佐渡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

【交付年月日】 年 月 日	本人・世帯課税状況	配偶者課税状況	預貯金等
	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 基準以下 <input type="checkbox"/> 基準超過
【適用年月日】 年 月 日	利用者負担段階		
	<input type="checkbox"/> 第1段階	<input type="checkbox"/> 第2段階	<input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 非該当
	備 考		
【有効期限】 年 月 日			

〔市記入欄〕