

同意書

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、信託会社その他の機関に私及び配偶者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、照会することに同意します。なお、次回以降の負担限度額認定の申請にあたっては、本書をもって上記の照会に同意することといたします。

多古町長 様

令和 年 月 日

〈本人〉

住 所 :

氏 名 :

〈配偶者〉

住 所 :

氏 名 :
