

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、介護保険法第203条第1項の規定により、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、非課税年金情報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、浦安市長からの報告要求に対し、銀行等が回答することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えることを承諾します。

令和 年 月 日

被保険者氏名

住所 千葉県浦安市猫実*-*-*

氏名 介護 太郎

施設等を利用される方の住所・氏名を記入してください。

配偶者

住所 千葉県浦安市猫実1-1-1

氏名 介護 花子

配偶者がいる場合に記入してください。

※死別、離婚等をされている場合には、空欄のまま構いません。代理人等の名前も記入する必要はありません。