



## 同 意 書

(宛先) 周南市長

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、周南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

※記名の場合は、氏名の横に押印が必要です。

※訂正される場合は、訂正印または訂正署名が必要です。

周 南 市 確 認 欄						
資 産 合 計	<input type="checkbox"/> 基準以下	<input type="checkbox"/> 基準超過	本人の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 通帳等写し <input type="checkbox"/> 同意書記載
老福年金・生保	<input type="checkbox"/> 受給	<input type="checkbox"/> 非受給	世帯の課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税	
認 定 結 果	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-1 <input type="checkbox"/> 3-2 <input type="checkbox"/> 4 (非該当)		交 付 年 月 日	令 和	年 月 日	