

同意書

紀南介護保険広域連合長 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、貴連合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。

【ご注意】

万一、保有する預貯金並びに有価証券等の残高についての申告漏れが判明し、不正に負担軽減を受けた場合には、認定日に遡って受けた負担軽減額を納付していただきます。

令和 年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<配偶者>

住所

氏名

印