**同　意　書**

白糠町長　棚　野　孝　夫　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、貴町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。

　　　　年　　　月　　　日

〈本人〉

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

〈配偶者〉

　　住所

　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印