

介護保険法第203条に基づき、銀行などに預貯金の照会を行う場合がありますので、下記の同意書にご記入をお願いします。

同 意 書

睦沢町長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときには、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、報告をもとめることに同意します。
また、睦沢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。

令和 年 〇 月 〇 日
＜本人＞

住所 睦沢町下之郷〇〇〇番地

氏名 睦沢 花子



＜配偶者＞

住所 睦沢町下之郷〇〇〇番地

氏名 睦沢 太郎



代筆の場合は代筆者の氏名と捺印をお願いします。

代筆者 長生 郡太郎



申請書を提出する前にもう一度ご確認ください。

- ☐ お名前の横に捺印はしましたか？
- ☐ 配偶者の有無は記入しましたか？
- ☐ 配偶者のいる方は、配偶者に関する事項を記入しましたか？
- ☐ 預貯金などに関する申告は記入しましたか？
- ☐ 申告した預貯金等の内容が確認できる、通帳の写しなどを添付しましたか？
(配偶者のいる方は、配偶者の方の分の写しも必要です)