

# 同意書

宮古島市長 殿

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。

年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

㊤

【配偶者】

住 所

氏 名

㊤

## ※市役所記入欄

確 認	審 査		決 定
<input type="checkbox"/> 税証明(他市に居住している配偶者) <input type="checkbox"/> 通帳等の写し	本人世帯	非課税・課税	承認・却下
	配 偶 者	非課税・課税	
	資 産	範囲内・超過	
適 用 期 間	備 考		
年 月 日	①合計所得金額+課税年金収入額+非課税年金収入額 円		
～ 年 月 日	②利用者負担限度額の段階	1・2・3・4	