

同 意 書

(宛先) 阿賀町長

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、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。

令和 〇年 〇月 〇日

<本人>

住所 新潟県東蒲原郡阿賀町津川 5 8 0 番地

氏名 阿賀 太郎

<配偶者>

住所

氏名

<代筆者>

住所 新潟県東蒲原郡鹿瀬 8 9 3 1 番地 1

氏名 阿賀 次郎