

# 同意書

南部箕蚊屋広域連合長 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 ※氏名が自署の場合は押印省略可

< 配偶者 >

住所

氏名

印 ※氏名が自署の場合は押印省略可

代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (本人との関係 \_\_\_\_\_ )

代筆した場合のみ記入してください。

## 《注意事項 確認欄》

次の内容をご確認いただき、ご理解いただいたうえで  にチェック (  : レ点 ) をお願いします。  
ご不明な点は、申請窓口までお問い合わせください。

- 本同意書に基づき、ご本人様(及び配偶者様)に係る預貯金額を金融機関に照会する場合があります。
- 申請者様から申告いただいた内容に基づき負担限度額認定の判定を行いますが、照会により預貯金額が要件を満たさない場合は、申請日に遡り認定が取り消されます。
- 負担限度額認定が取り消された場合、遡って返還金等が発生する場合があります。