|  |
| --- |
| **同 意 書****守口市長 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、守口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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（　　　　）　　　　　　　　明治・大正・昭和　（本人様が記入される場合は押印を省略できます）生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　　日生まれ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係※本人が記載できない場合　代筆者氏名　　　　　　　　　（　　）配偶者の方がいらっしゃる場合は必ずご記入ください**配偶者**　　　〒　　　－住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　旧姓氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　（　　　　）　　　明治・大正・昭和・平成（配偶者様が記入される場合は押印を省略できます）　　　生年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日生まれ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※配偶者が記載できない場合　代筆者氏名　　　　　　　　（　　）　　　　　代筆の場合は必ず代筆者の氏名・本人との関係の記入と本人様の押印をお願いいたします。 |