

同 意 書

千 曲 市 長 宛

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 _____

千 曲 市 処 理 欄 生保受給あり・なし

世帯課税状況	本人収入額	預貯金等申告額		配偶者課税
<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税	非課税年金 合計	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
利用者負担段階		交付年月日	適用年月日	有効期限
<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3-①段階 <input type="checkbox"/> 第3-②段階 <input type="checkbox"/> 非該当			R . . 1	R . 7 . 3 1

判定欄