

# 同意書

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合 理事長 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。）に私及び配偶者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照会することに同意します。

また、貴理事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 年 月 日

<本人>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

<配偶者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

( 代理者氏名 \_\_\_\_\_ 本人との関係 \_\_\_\_\_ )