**同　　　意　　　書**

伊方町長　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