



# 同意書

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。

身延町長 あて

令和 年 月 日

<本人>

住所：

氏名：

印

---

<配偶者>

住所：

氏名：

印

---

※必ず押印してください