

# 同意書

塩竈市長 殿

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、塩竈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。

令和 年 月 日

## 【本人】

住所

氏名

## 【配偶者】

住所

氏名

## 【事務処理欄】

交付年月日	備 考		
年 月 日	(預貯金口座の確認等)		
適用年月日			
年 月 日			
有効期限			
年 月 日			
マイナンバー記載の有無	有 ・ 無	申請者	本人 ・ 代理人
代理人の身元確認	運転免許証 ・ マイナンバーカード ・ パスポート ・ その他( )		
マイナンバーの確認書類	マイナンバーカード ・ 通知カード ・ なし ・ その他( )		
保険料滞納	有 ・ 無	登録済み口座確認	済み ・ 未済

