

令和 年 月 日

[illegible]

市 記 入 欄	添付書類	☐ 同意書（押印の確認含む）			☐ 通帳等の写し	
	介護度	期間： ～				
	結果	☐ 該当（ ）段階（ ～ ）				☐ 非該当
	生保受給	有 ・ 無	老齢福祉年金	有 ・ 無	給付制限	有 ・ 無
	本人	課税 ・ 非課税	配偶者	課税 ・ 非課税	世帯状況	課税 ・ 非課税
	合計資産状況		合計所得		課税年金額	
	非課税年金	有 ・ 無 ※年金種類・収入額				

同 意 書

天草市長

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、天草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