

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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金なら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。

年 月 日

<本人>
住 所

氏 名

<配偶者>
住 所

氏 名

か ほ く 市 処 理 欄

	☐ 第1 段階 ☐ 第2 段階 ☐ 第3 段階 ☐ 非該当	端末確認	申請入力	認定入力
所属世帯 課税状況 等	☐ 非課税 世帯 ☐ 課税 世帯 ☐ 配偶者の課税状況お よび資産の勘案によ り、非該当	適用年月日	有効期限	交付年月日