

(裏)

同 意 書

那須塩原市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、介護保険法施行規則第83条の6第2項（第97条の4において準用する場合を含む。）の規定による確認のため、官公署、年金保険者、銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（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、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まいります。

年 月 日

<本人>
住所

原則ケアマネジャー・施設職員の代筆は不可とします。
本人もしくはご家族が記入をしてください。

氏名

<代筆>

続柄（ ）

<配偶者>
住所

氏名

<代筆>

続柄（ ）

問い合わせ

那須塩原市役所

高齢福祉課介護認定係

TEL 0287-62-7113

FAX 0287-63-8911