

裏面もご確認ください。

令和 年度

※表面の向き等にも記入してください。

同意書

受付窓口は、保健福祉課（役場1階）です。

※郵送での申請も可能です。

（郵送先：〒709-3614 久米郡久米南町下弓削502-1
久米南町役場 保健福祉課

（宛先）久米南町長

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、久米南町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

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書き
で記入してください。
（申請書提出者等の代筆でもかまいません。）

<本人>

住所 久米南町下弓削 ○○番地 △△

氏名 久米南 太郎

<配偶者>

住所 久米南町下弓削 ○○番地 △△

氏名 久米南 花子