市町村民税課税状況等の照会に関する同意書

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、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（内縁関係を含む。以下同じ。）の課税状況並びに保有する預貯金及び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、貴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

浪江町長

本人
(被保険者)

住所 浪江町大字○○字△△××番地

氏名 介護 太郎

(代筆者)

住所 住民票の住所を記入してください

氏名 介護 一郎

配偶者

住所 住民票の住所を記入してください

氏名 介護 花子

(代筆者)

住所 ※代筆者が同一の場合は記入不要です

氏名

※お一人で本人及び配偶者の方の代筆を行う場合は本人代筆欄のみ記入ください

避難先住所

〒○○○-○○○

○○県△△市□□××番地

(アパート名等)

(送付先住所) ※避難先と別に送付希望の場合はご記入ください

〒

※親族宅や施設など避難先以外に直接送付を希望する場合は記入してください

注意事項

配偶者には、婚姻の届出をしていないが、事実上の婚姻関係と同様の事情にある方を含みます。