

同意書

沼田市長 様

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、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、沼田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。

年 月 日

〈本人〉

住所

氏名

〈配偶者〉

住所

氏名

沼田市記入欄

	添付書類	□通帳等の写し（申請書記載分全て）	
交付年月日	所得状況等	非該当	
年 月 日		第4段階(課税層における特例減額措置対象)	
		第3段階②(前年度合計が120万円以上)	
		第3段階①(前年度合計が80万円以上120万円以下)	
有効期間		第2段階(前年度合計が80万円以下)	
年 月 日	第1段階(老齢福祉年金・生活保護受給者)		
年 月 日	本人・世帯 (課税・非課税)	配偶者 (課税・非課税)	資産状況 合計 ()・非該当