

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、又は銀行、信託会社その他の機関（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、貴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。

仙 台 市 長 様

年 月 日

<被保険者本人>

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

< 配 偶 者 >

住所 _____

氏名 _____

(代筆者)

住所 _____

①

氏名 _____

代筆を行った対象者

被保険者本人（関係： _____）

配偶者（関係： _____）

住所 _____

②

氏名 _____

代筆を行った対象者

被保険者本人（関係： _____）

配偶者（関係： _____）

※お一人で被保険者本人及び配偶者の方の代筆を行う場合は①のみ記入
※本同意書は、個人情報保護に関する法律第 69 条に基づき、該当年度の介護保険負担限度額認定に係る調査の目的以外に一切使用しません。また、第三者に提供することもございません。