

介護保険法第203条に基づき、銀行などに預貯金の照会を行う場合がありますので、下記の同意書にご記入をお願いします。

同意書

長南町長 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

<本人>

住所

氏名

<配偶者>

住所

氏名

※決定通知書及び認定証を被保険者の住所以外に送付希望の場合は記入してください。

決定通知書及び認定証の送付先	<input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 支援事業所 <input type="checkbox"/> 本人宅 <input type="checkbox"/> その他	送付先住所（所在地） 〒
		送付先氏名・名称  本人との関係（ ）

# 記 載 例

介護保険法第203条に基づき、銀行などに預貯金の照会を行う場合がありますので、下記の同意書にご記入をお願いします。

## 同 意 書

長南町長 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 **7** 年    ○ 月    ○ 日

<本人>

住所        **長南町長南 〇〇〇**

氏名        **長南 花子**

<配偶者>

住所        **長南町長南 〇〇〇**

氏名        **長南 太郎**

代筆者    **長生 郡太郎**

※決定通知書及び認定証を被保険者の住所以外に送付希望の場合は記入してください。

決定通知書 及び認定証 の送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 入所施設	送付先住所（所在地）	<div>施設や支援事業所を選択された場合は、名称のみの記入でも結構です。</div>
	<input type="checkbox"/> 支援事業所	〒 <b>ザイクスヒル長南</b>	
	<input type="checkbox"/> 本人宅	送付先氏名・名称	
	<input type="checkbox"/> その他		本人との関係（      ）