|  |
| --- |
| 同意書  　小野町長　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、小野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。  平成　　年　　月　　日  ＜本　　人＞  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  ＜配　偶　者＞  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |