

同意書

沖縄県介護保険広域連合長 殿

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、貴広域連合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

- ①本人・配偶者の住所・氏名を記入してください。
(押印不要)
②本人・配偶者がご高齢により署名が困難な場合、
ご家族等で代筆が可能です。
代筆された場合は、代筆者の氏名・続柄を記入
してください。

〈本人〉

住所 読谷村字比謝砦55番地

氏名 広域 太郎

〈配偶者〉

住所 読谷村字比謝砦55番地

氏名 広域 花子

〈代筆者〉

氏名 広域 一郎

続柄 長男