

同 意 書

早島町長様

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、照会することに同意します。

また、早島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

早島町記入欄

交付年月日	決 定	所得状況等
年 月 日	該 当	<input type="checkbox"/> 1段階 市町村民税世帯非課税で老齢福祉年金受給・生活保護受給
適用年月日		<input type="checkbox"/> 1段階 境界層該当者
年 月 1日 から	非該当	<input type="checkbox"/> 2段階 市町村民税世帯非課税で合計所得金額と課税年金収入額の合計が80万円以下
有効期限		<input type="checkbox"/> 2段階 境界層該当者
年 7月 31日 まで		<input type="checkbox"/> 3段階 市町村民税世帯非課税で第2段階に該当しない者
		<input type="checkbox"/> 3段階 境界層該当者
	<input type="checkbox"/> 4段階 市町村民税本人課税・市町村民税世帯課税	

課長	課長代理	課長補佐	主幹	係長	主査	係