**【裏面】**

|  |
| --- |
| **同意書**  龍ケ崎市長　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、銀行、信託会社その他の機関(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、保有する預貯金及び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、龍ケ崎市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。  　　　　　年　　月　　日    〈本人〉  　　　　住所  　　　　氏名    〈配偶者〉  　　　　住所  　　　　氏名 |

◆**注意事項**

・上記調査の結果「対象外」となった場合でも、個人の預貯金等の状況は公表しておりません。

・消えるボールペンは使用しないでください。

・本人及び配偶者の署名が困難な場合は、代筆でも構いません。

・生活保護受給者の場合は、記入する必要はありません。