

同意書

岩見沢市長 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

●添付書類（出来るだけA4サイズでお願いいたします）

本人及び配偶者の所有している全ての預金通帳、有価証券等の下記の部分の写し

1. 預金通帳

①通帳見開き1ページ目

（金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号がわかるページ）

②申請日から直近2か月前までの取引が確認できる最終残高記載のページと定期預金等のページ

2. インターネットバンクであれば金融機関名・支店名・口座名義人・口座番号・残高が記載されているもの

3. 有価証券、投資信託等

銀行、信託銀行、証券会社等の名義人・口座残高がわかるものの写し
（ウェブサイトの写しも可）

※ 下記の方は通帳の写し等は必要なく、下記書類を添付してください。

- ・ 生活保護受給の方は、福祉事務所発行の「生活保護受給証明書」が必要です。
- ・ 境界層該当の方は、福祉事務所発行の「境界層該当証明書」が必要です