**同意書**

　小諸市長　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、小諸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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　＜配偶者＞

住所

　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※　本人が意思表示できない、もしくは字が書けない場合は、家族等の代筆でご記入ください。

※　配偶者がいない場合は、配偶者の欄は空欄でご提出ください。