

同 意 書

嬭恋村長 殿

嬭恋村認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減対象者の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、貴村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。

年 月 日

【本人】

住 所

氏 名

【配偶者】

住 所

氏 名

（ご注意）

認定された場合、適用年月日は申請日が属する月の初日からとなります。申請日は、申請書を嬭恋村健康福祉課で受け付けた日となりますので、申請日の属する月より前にさかのぼって減額認定されることはありません