

◎資産の詳細について

預貯金

番号	口座名義人	金融機関名	支店名	預貯金額
1				
2				
3				
4				
5				
合 計				

有価証券等

番号	氏 名	種 類	評価概算額
1			
2			
3			
合 計			

その他(負債・現金)

番号	氏 名	種 類	金 額
1			
2			
3			
合 計			

※ 預貯金、有価証券、負債にかかる通帳等の写しを添付してください。  
 (口座番号のわかる部分と預金残高のわかる部分)

※ 預貯金の写しは申請日の直近から2ヶ月前までのものを提出してください。

※ 負債については、添付資料を確認し、預貯金等から差し引きます。

## 同 意 書

中津川市長 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、年金保険者または銀行、信託会社その他の機関に私および配偶者の課税状況および保有する預貯金ならびに有価証券の残高について、照会することに同意します。

また、中津川市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私およ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

---