

## 収入及び資産の調査に関する同意書

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証交付申請に伴い、私の収入若しくは資産の状況につき、上越市が銀行等金融機関（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、上越市からの報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私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

住 所 \_\_\_\_\_

本人氏名 \_\_\_\_\_

世帯員氏名 \_\_\_\_\_

世帯員氏名 \_\_\_\_\_

世帯員氏名 \_\_\_\_\_

世帯員氏名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 ( ) \_\_\_\_\_

(宛先) 上 越 市 長

○記載された個人情報、上越市介護保険サービス利用者負担金助成事業に関する業務以外には使用しません。

記入に当たっては、別紙「記入例⑤」を参照してください。