第　　　　　　号

介護保険

本店・支店等照会

　年　月　日

〇〇銀行　様

印

○○市（町村）長

様式番号

介護保険法第２０３条の規定に基づく調査について（依頼）

**固定文言１＋編集１**

　保険給付の適正な給付のために必要がありますので、介護保険法第２０３条の規定に基づき、別紙

の（第　　　　　　号）～（第　　　　　　号）記載の調査対象者（計　人分）について、貴行本支

店における預貯金口座の有無、及び口座保有されている場合の残高を照会します。

なお、入手した資料については、当保険者において厳秘資料として扱いますので念のため申し添えます。

※厚生労働省介護保険課長通知「金融機関本店等に対する一括照会の実施について」（○○年○○月○○日

○○○○第○○号）等を参考にご回答ください。

※調査対象者である特定入所者介護（予防）サービス費の支給申請者、不正受給が疑われる者（以下「申請者等」

という。）及び申請者等の配偶者（内縁関係も含む。）からお調査への同意については、書面（同意書）を徴取の

上、当保険者において当該書面を保管している旨を申し添えます。また、当該書面の提供依頼があった場合は、

その写しを速やかに提供いたします。

**固定文言２**

|  |
| --- |
| （参考）介護保険法第２０３条第１項  　市町村は、保険給付、地域支援事業及び保険料に関して必要があると認めるときは、被保険者、第一号被保険者の配偶者若しくは第一号被保険者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者の資産若しくは収入の状況又は被保険者に対する老齢等年金給付の支給状況につき、官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは被保険者の雇用主その他の関係人に報告を求めることができる。 |

|  |  |
| --- | --- |
| ［回答先］ | |
| 住　　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 担当部署 | ●●市介護保険課 |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | 987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890 |
| メール | xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |