（別紙１）

介護保険

本店・支店等照会

第　　　　　　号

**［調査対象者に関する情報］**

様式番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人 | カナ |  | カナ |  | 性別 |  |
| 氏名 |  | 旧姓 |  | 生年月日 |  |
| カナ（※1） |  | | | | |
| 現住所 |  | | | | |
|  | | | | |
| 配偶者※2 | カナ |  | カナ |  | 性別 |  |
| 氏名 |  | 旧姓 |  | 生年月日 |  |
| カナ（※1） |  | | | | |
| 現住所 |  | | | | |
|  | | | | |

※１　任意記入

※２　内縁関係の者を含む

**［参考情報］調査対象者が保有している預金口座**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口　座　名　義　人 | 店舗番号 | 金融機関支店名 | 種目 | 普通 | 口座  番号 |  |
|  |  |  | ( ) |
| 口　座　名　義　人 | 店舗番号 | 金融機関支店名 | 種目 | 普通 | 口座  番号 |  |
|  |  |  | ( ) |
| 口　座　名　義　人 | 店舗番号 | 金融機関支店名 | 種目 | 普通 | 口座  番号 |  |
|  |  |  | ( ) |
| 口　座　名　義　人 | 店舗番号 | 金融機関支店名 | 種目 | 普通 | 口座  番号 |  |
|  |  |  | ( ) |
| 口　座　名　義　人 | 店舗番号 | 金融機関支店名 | 種目 | 普通 | 口座  番号 |  |
|  |  |  | ( ) |

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| 旧住所 | 〒 |
|  |

**［備考］**

|  |
| --- |
|  |