

老介発〇〇第〇〇号
平成〇〇年〇〇月〇〇日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局介護保険計画課課長

金融機関本店等に対する一括照会の実施について

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第203条に基づく関係機関に対する資料の提供等については日頃よりご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

特定入所者介護（予防）サービス費の支給に当たっては、これまで介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第83条の5第4号に掲げる者に係る同条に規定する市町村の認定（以下「課税層の特例減額措置」という。）を除き資産は勘案していなかったところですが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）第5条の規定による改正後の介護保険法第51条の3第1項及び第61条の3第1項の規定により、資産を勘案することとしています。これに伴い、特定入所者介護（予防）サービス費の支給に当たって、課税層の特例減額措置以外についても各保険者は預貯金の照会を実施することが可能となりました。

このたび、都市銀行、地方銀行、信託銀行、第二地方銀行協会加盟銀行、信用金庫及び信用組合等（以下「銀行等」という。）に対する法第203条に基づく資料の提供等について、より効果的な手法である銀行等が指定する本店・本部・センター等（以下「本店等」という。）への一括照会（以下「本店等一括照会」という。）を下記により平成27年7月から実施することとしました。また、これに併せ、これまで既に本店等一括照会と同様の取扱いを行っていたゆうちょ銀行への照会について、取扱いを整理しました。ついては、それらの取扱いに遺漏なきよう管内市町村への周知等よろしくお取り計らい願います。

なお、本通知については、一般社団法人全国銀行協会、一般社団法人全国信用金庫協会、一般社団法人全国信用組合中央協会及び株式会社ゆうちょ銀行と協議済みであることを念のため申し添えます。

記

1 銀行等が指定する本店等への一括照会について

これまで、各保険者が複数の取引銀行支店や取引店（以下「取引支店等」という。）に別々に照会をしていたものを、本店等一括照会によって、各保険者の事務負担の軽減

につながるとともに、より多くの取引支店等の状況も把握できるようになることから、資産調査が効率的、効果的に実施できるものである。

2 実施方法

(1) 本店等一括照会を行う銀行等の範囲

各保険者が本店等一括照会を行う銀行等の範囲は、後日送付するリストに掲げる銀行等である。

(2) 本店等一括照会の依頼先

本店等一括照会の依頼先は、銀行等が指定する本店等とする。

銀行等は本店等一括照会の目的に反しない範囲で、地域（東京・名古屋・大阪等）毎に本店等を指定でき、各保険者は、指定された本店等に依頼を行えば、当該銀行等の日本国内全店舗における回答を得られるものとする。

なお、各銀行等の具体的な照会先は後日リストを送付する。

(3) 調査対象者

本店等一括照会による調査対象者は、原則として、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（内縁関係の者も含む。）に限るものとする。

(4) 照会内容

本店等一括照会の照会内容は、次の二点とする。

ア 口座の有無

イ 口座が「有」の場合の取引店（ゆうちょ銀行の場合は口座記号番号）及び調査時点の残高

(5) 照会方法

ア 本店等一括照会は、調査書（別紙様式）の別紙1に次の①から⑤の事項の記入を行った上で、特定入所者介護（予防）サービス費の支給申請時等に保険者が徴取した本人の同意書（写）を添付のうえ、上記（2）へ郵送することにより行う。郵送は、照会に必要な書類と返信用の封筒（料金受取人払又は切手を貼付した返信先（保険者）の住所と宛名を書いたもの）を同封のうえ行うこと。

①漢字氏名

②カナ氏名

③性別

④生年月日

⑤現住所（郵便番号を含む。）

イ 調査書については、別紙様式によることとする。

ウ 調査依頼時点ですでに調査対象者の取引支店等が判明しているものの、判明している取引支店等以外における口座の有無等について調査を行うために本店等一括照会を行う場合には、当該銀行等への調査書に判明している取引支店等や口座番号等を可能な範囲で記入すること。

エ 上記アにおいて添付する同意書（写）は、調査対象者が個々に調査に同意していることがわかるものとする。

(6) 銀行等による回答

ア 銀行等は保険者から上記(5)に基づく照会が行われた場合、当該銀行等の日本国内全店舗(事務・システム上の事情から調査困難な店舗がある場合には、当該店舗を除く。)における上記(4)の内容を調査し、回答する。

イ 銀行等による上記アの回答は、当該銀行等の回答を保険者が予め調査書を送付した際同封した返信用の封筒に封入し郵送することにより行われる。この場合の回答は別添を参考とした任意の書面とし、銀行等における内部帳票等により代えることができることとしているので、銀行等により様式が異なることに留意すること。

3 本店等一括照会の留意点

(1) 本店等一括照会は平成27年8月以降の特定入所者介護(予防)サービス費の支給に関するものであって、平成27年7月1日以降、保険者が郵送するものから実施する。なお、申請日が平成27年7月以前のものであっても、平成27年8月以降の支給に関するものであれば対象となる。

(2) 保険者において不正受給の疑いがある場合等、真にやむを得ない理由により上記2の(4)以外の状況(口座の異動明細等)が必要な場合は、予め取引支店等を特定した上で、本店等一括照会によらず、当該取引支店等、銀行等が指定する照会先に直接、同意書(写)を添付のうえ、郵送により照会を行う。その際は上記2の(5)のAの内容に加えて可能な範囲で判明している科目名、口座番号等を記入するとともに、極力、照会事項を特定すること(様式任意)。また、別紙様式は使用しないこと。

なお、保険者において取引支店等を特定できていない場合には、必ずあらかじめ本店等一括照会により取引支店等を特定の上で、当該取引支店等、銀行等が指定する照会先に対して照会を行うこと。

4 ゆうちょ銀行への本店等一括照会の留意点

ゆうちょ銀行の口座については、各地域に設けられている貯金事務センターにおいて管理しており、当該貯金事務センターに照会することにより、調査が可能な体制が既に整備されている。今般の銀行等に対する本店等一括照会の実施に併せ、ゆうちょ銀行に対する照会について以下の通り整理することとする。

(1) 基本的には(2)を除き銀行等への本店等一括照会と同様の取り扱いであること。

(2) 銀行等への本店等一括照会と異なる点は次の通りであること。

ア ゆうちょ銀行では取引店の表記が無いこと。

イ 調査書(別紙様式)の別紙については、別紙2を用いることとする。

ウ 口座の記号(記号が判明していない場合は、調査対象者の住所地の都道府県)により照会先の貯金事務センターが異なること。

エ 口座の異動明細等が必要な場合の照会先も、個別の支店ではなく、貯金事務センターとなること。

【別紙様式】

介護保険
本店等一括照会

第 号
平成 年 月 日

銀行 様

市町村長

氏 名

介護保険法第 203 条の規定に基づく調査について（依頼）

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 号ー）～（第 号ー）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」（平成 27 年〇月〇日老介発〇〇第〇〇号）又は全国銀行協会取りまとめ「介護保険法第 203 条に基づく調査における『本店等一括照会』実施要領」（平成 27 年 1 月 9 日付事会第 3 号）を参考にご回答ください。

（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られるときは、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

担当部署

保険者コード

担当者名

連絡先

〔調査対象者に関する情報〕

| | | | | | | |
|-------|--------|-----|----|--|------|-------|
| 本人 | カナ | | カナ | | 性別 | |
| | 氏名 | | 旧姓 | | 生年月日 | 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 | 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〕旧住所および調査対象者が保有している貴行預金口座

| | | | | | | |
|------|-----|----|----|-----|----|--|
| 旧住所 | 〒 - | | | | | |
| 名義人名 | 店番 | 店名 | 科目 | 普通 | 口座 | |
| | | 店 | | () | 番号 | |
| 名義人名 | 店番 | 店名 | 科目 | 普通 | 口座 | |
| | | 店 | | () | 番号 | |
| 名義人名 | 店番 | 店名 | 科目 | 普通 | 口座 | |
| | | 店 | | () | 番号 | |
| 名義人名 | 店番 | 店名 | 科目 | 普通 | 口座 | |
| | | 店 | | () | 番号 | |
| 名義人名 | 店番 | 店名 | 科目 | 普通 | 口座 | |
| | | 店 | | () | 番号 | |

〔備考〕

| |
|--|
| |
|--|

〔調査対象者に関する情報〕

| | | | | | | |
|-------|--------|-----|----|--|------|-------|
| 本人 | カナ | | カナ | | 性別 | |
| | 氏名 | | 旧姓 | | 生年月日 | 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 | 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〕旧住所および調査対象者が保有している貴行口座

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|--|--|--|--|----|------|--|--|--|--|
| 旧住所 | 〒 - | | | | | | | | | | |
| 名義人名 | 口座記号 | | | | | ※3 | 口座番号 | | | | |
| 名義人名 | 口座記号 | | | | | ※3 | 口座番号 | | | | |
| 名義人名 | 口座記号 | | | | | ※3 | 口座番号 | | | | |
| 名義人名 | 口座記号 | | | | | ※3 | 口座番号 | | | | |
| 名義人名 | 口座記号 | | | | | ※3 | 口座番号 | | | | |

※3 6桁目がある場合のみ記載

〔備考〕

| |
|--|
| |
|--|

各都道府県介護保険主管部（局） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課

金融機関本店等に対する一括照会の実施について

介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第203条に基づく関係機関に対する資料の提供等については日頃よりご尽力賜り厚く御礼申し上げます。

金融機関本店等に対する一括照会については、「金融機関本店等に対する一括照会の実施について（平成〇〇年〇〇月〇〇日老介発〇〇第〇号厚生労働省老健局介護保険計画課長通知）」（以下「課長通知」という。）により実施することにしてはいますが、下記のとおり実施にあたって留意すべき事項を整理したので、管内市町村等への周知等、よろしくお取り計らい願います。

記

1 本店等一括照会を行う銀行等の範囲及び調査対象者について

本店等一括照会を行う銀行等の範囲は、課長通知の2の（1）にあるように後日送付するリストに掲げる銀行等とし、それ以外の銀行等については、各取引銀行支店や取引店（以下「取引支店等」という。）に対して行うものとする。なお、銀行等への照会は必ずしも全ての申請について行う必要は無く、不正受給を防止する観点から必要な範囲で標本調査を行うなど、各保険者で適切に対応いただきたい。

なお、口座を保有している蓋然性が高いと想定される銀行等に照会するよう、ご留意願いたい。

2 調査件数の報告について

本店等一括照会の実施について、当分の間、その実施状況を把握するため、毎年本店等一括照会に係る調査件数を報告いただき、一般社団法人全国銀行協会等関係団体（以下「全銀協等」という。）と情報を共有することとしている。そのため、別途、本店等一括照会に係る調査件数の把握について依頼するので予め了知願いたい。

3 照会内容について

本店等一括照会により銀行等から回答が得られる情報は、「口座の有無」と「口座が有る場合の取引支店等及び調査時点の残高」であり、調査時点については、本店等からの回答において調査日が明確にされる。口座の異動明細等が必要な場合は課長通知の3の（2）のとおり本店等一括照会により取引支店等を特定した上、当該取引支店等に照会すること。

4 照会方法について

- (1) 調査書については、課長通知の別紙様式によることとする。
- (2) 照会の際に、返信用の封筒（料金受取人払又は切手貼付、返信先（保険者）の住所と宛名を書いたもの）を同封すること。今回の本店等一括照会に関して、銀行等ではこれに対応するための要員、施設・設備費、システム経費等の費用を要していることに鑑み、対応することについてご配慮願いたい。

なお、銀行等から手数料の請求があった場合の対応については、これまでの各保険者と銀行等との関係を踏まえつつ、各保険者で個別に銀行等と協議し判断されたい。

5 留意事項について

本店等一括照会が適正に実施されるよう、あらかじめ想定される留意すべき事項を別紙のとおり整理したので、本店等一括照会を実施する際は、実施方法について適正な処理が行われるよう、留意事項を徹底していただきたい。

6 その他

全銀協等が協力する趣旨としては、保険者の事務負担軽減の観点から、法 203 条に基づく調査に限定して本店等一括照会を実施することにしていることにご留意願いたい。

なお、全国銀行協会が定めている「介護保険法第 203 条にもとづく調査における「本店等一括照会」実施要領」は別添の通りなので了解願いたい。

なお、ゆうちょ銀行への本店等一括照会については、基本的に上記 1 から 5 までと同様の取扱いとする。

(担 当)

厚生労働省老健局

介護保険計画課企画法令係

TEL : 03-5253-1111 (内線 2164)

FAX : 03-3503-2167

E-mail :

金融機関本店等に対する一括照会の留意事項について

1 本店等一括照会を行う銀行等の範囲について

本店等一括照会における照会先は、当課から送付している「金融機関本店等に対する一括照会の実施に係る照会先リスト」に掲載されている銀行等の照会先に送付することを徹底し、それ以外の住所・部署等に送付することがないように留意すること。

〈例〉

× 本店等一括照会リストに掲載されていない銀行等に本店等一括照会をするもの

2 照会内容について

本店等一括照会の照会内容は、「ア 口座の有無」、「イ 口座が「有」の場合の取引店（ゆうちょ銀行の場合は口座記号番号）及び調査時点の残高」の2点のみであり、当該2点以外のその他の調査（口座の異動明細等）が必要な場合は、口座の保有確認されている銀行等に対して個別に照会を行うこと。

〈例〉

× 課長通知で定めた項目以外（以下 a～i 等）の事項を照会し、回答を依頼するもの
 a 口座の異動明細 b 指定した日付の口座残高 c 口座の開設日 d 貸出の有無
 e 最終取引日 f 預貯金の種類 g 口座番号 h 出資金残高 i 借入金残高
 × 個別照会であるにも関わらず本店等一括照会の様式を使用するもの

3 照会方法について

- (1) 本店等一括照会は、課長通知の調査書（別紙様式）（以下「調査書」という。）及びその別紙により行うこと。また、「介護保険本店等一括照会」の共通の表示をしたものによって行うよう徹底し、文書番号や公印の押印漏れがないよう留意すること。
- (2) 調査書の別紙には、課長通知に定める記載事項（①から⑤）を漏れなく記入し、また住所の市町村名等を省略したりせず、調査対象者の現住所と同意書の記載住所が異なる場合には、調査書の別紙「参考情報」欄に同意書の記載住所を旧住所として記入すること。
- (3) 調査書の別紙には、照会しようとする者が個々に同意していることが分かる同意書（写）を必ず添付すること。また、調査対象者の氏名と同意書（写）の氏名が旧姓である等異なる場合には、調査書の別紙「備考」欄にその旨記入するなど配慮すること。
- (4) 個別照会は保険者において不正受給の疑いがある場合等、真にやむを得ない理由により口座の異動明細等が必要な場合に限り、本店等一括照会によらず、銀行等が指定する照会先に対して照会を行うこと。その際の様式は任意であるが、調査書及びその別紙は使用しないこと。

〈例〉

× 市町村名までしか記載していない又は市町村名を省略しているもの
 × 調査書に文書番号や公印押印、照会番号、「介護保険本店等一括照会」の標記が

されていないもの

- × 複数名を照会する場合に調査書とその別紙とで照会番号が相違しているもの
- × 調査書の別紙と同意書（写）に記載されている氏名に相違があるもの
- × 同意書（写）の添付が漏れているもの
- × 住所等の必要事項を記入せず住民票が添付されているもの
- × 「住所相違でも回答願う」と記載されているもの

4 銀行等による回答について

調査書には、返信用の封筒（料金受取人払又は切手貼付、返信先（保険者）の住所と宛名を書いたもの）を同封すること。また、当該調査における依頼件数、回答書の分量に対して適切な封筒（大きさ、適正金額の切手の添付等）の同封に配慮すること。

〈例〉

- × 返信用封筒が同封されていないもの
- × 調査における依頼件数、回答書の分量に対して適切な封筒が同封されていないもの

5 円滑かつ効率的な調査実施への配慮について

調査書の送付に当たっては、銀行等において円滑かつ効率的に必要な回答を行い得るよう、調査項目の記載方法等について配慮すること。例えば、

- ・ 調査対象者の氏名（漢字・フリガナ）や生年月日、住所等の標記について誤りがないか、同意書に押印漏れ、押印不鮮明となっていないか入念に確認する
- ・ 文字が小さい、また同意書等の縮小コピーにより、判読が困難にならないよう、分かりやすい表記をする
- ・ 調査書の用紙サイズをA4に統一し、また調査書の別紙と同意書（写）の対応関係を明確にする（調査書の別紙と同意書（写）を別に編綴して照会する場合には、それぞれの順番をあわせるなど）

等により、銀行等の調査がより円滑かつ正確に行われることで迅速な回答にも資することになるため、調査実施に当たっては留意すること。

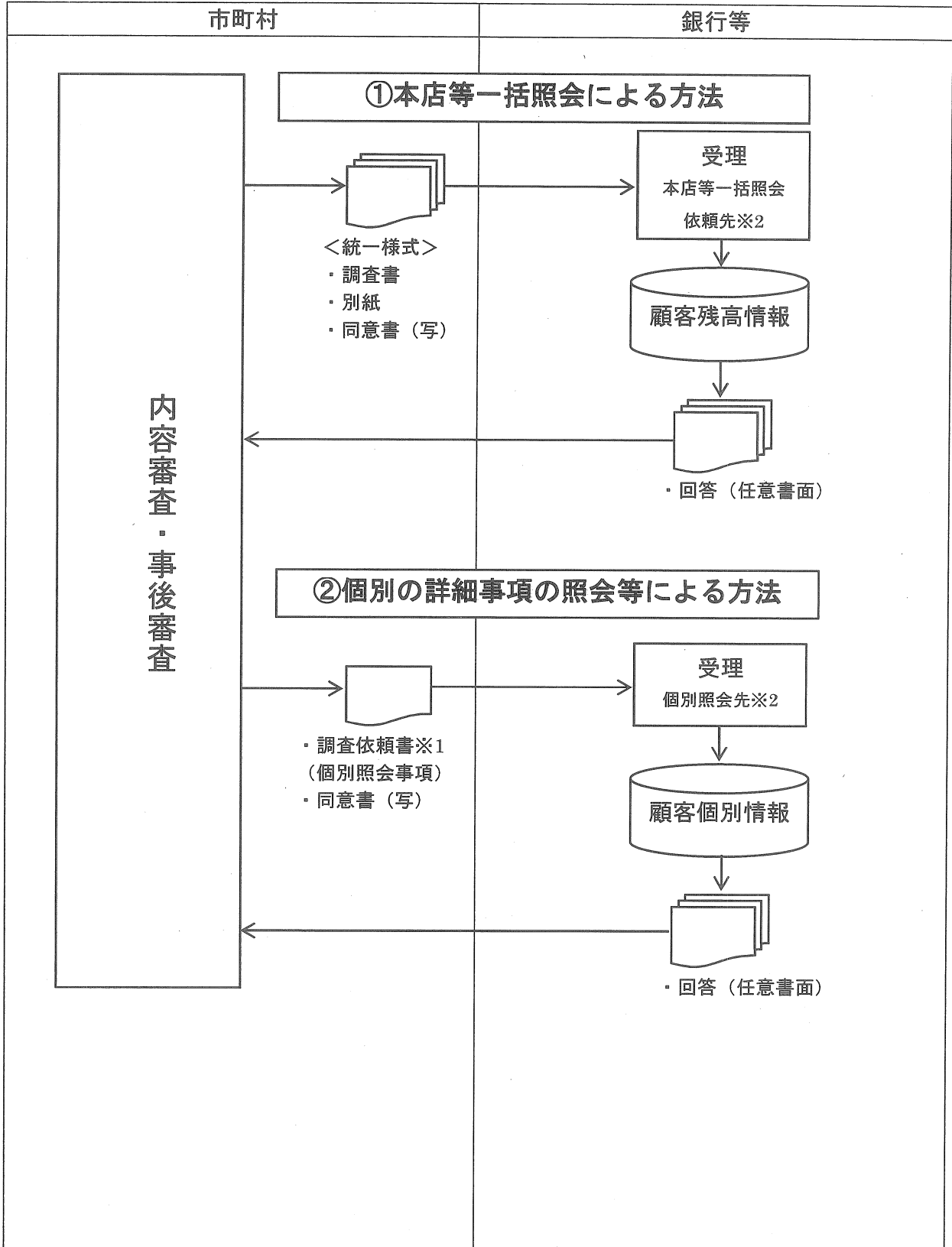
〈例〉

- × 調査対象者の氏名、生年月日、住所等の表記が誤っているもの
- × 同一の調査対象者について複数の調査書の別紙を作成しているもの
- × 複数名について調査する場合において調査書の添付がないもの
- × 同意書の署名、押印等が不鮮明なもの
- × 同意書等の文字が小さく不鮮明、縮小コピー等により判読が困難なもの
- × 用紙サイズがA4以外のもの

○金融機関本店等に対する一括照会に関する事務について

| 市町村 | 銀行等 |
|---|---|
| <p>1 本店等一括照会を行う対象の銀行等への調査書に調査対象者ごとの調査書の別紙及び同意書の写しを添えて、調査依頼を「本店等一括照会依頼先」宛に行う。</p> <p>4 回答内容から負担限度額認定の要件に適合しているかを確認する。</p> <p>5 更に詳細事項の照会を行う場合又は本店等一括照会の対象外の銀行等に対して照会を行う場合、調査対象者の確認すべき具体的な照会事項及び判明している事項を明記した調査依頼書及び同意書の写しを添えて、調査依頼を「個別照会先」宛に行う。この際、本店等一括照会と異なることが分かるよう、統一様式は使用しないこと。</p> <p>8 回答内容から負担限度額認定の要件に適合しているかを確認する。</p> | <p>2 調査書等を受理し、調査対象者ごとの調査書の別紙及び同意書の写しを参照して口座の有無、残高を確認する。</p> <p>3 口座の有無、調査時点の残高を市町村へ回答する。</p> <p>6 詳細事項の調査依頼書等を受理し、調査依頼書及び同意書の写しを参照して、市町村が明記した照会事項を確認する。</p> <p>7 市町村が明記した照会事項を市町村へ回答する。</p> |

○金融機関本店等に対する一括照会に係る事務フロー



※1 統一様式を使用しないこと。

※2 ゆうちょ銀行へ照会する場合は、担当貯金事務センターへ照会すること。

介護保険負担限度額認定申請書（案）

年 月 日

（申請先）

市（町村）長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定を申請します。

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------|--|--------|-------|---|---|--|
| フリガナ | | | 被保険者番号 | | | | |
| 被保険者氏名 | ㊦ | | 性別 | 男 ・ 女 | | | |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 | | 年 | 月 | 日 | | |
| 住 所 | 連絡先 | | | | | | |
| 入所（院）した 介護保険施設の 所在地及び名称 （※） | 連絡先 | | | | | | |
| 入所（院）年月日 （※） | 昭 ・ 平 | | 年 | 月 | 日 | （※）介護保険施設に入所（院）していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入不要です。 | |

| | | | | | | | |
|-----------|--------------------------------|---------------|---|-------|---|---|--|
| 配偶者の有無 | 有 ・ 無 | | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。 | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 | | 年 | 月 | 日 | |
| | 住 所 | 連絡先 | | | | | |
| | 本年1月1日 現在の住所 （現住所と異なる場合） | | | | | | |
| 課税状況 | 市町村民税 | | 課税 | ・ 非課税 | | | |

| | | | | | | | |
|------------|---|---|--|-----------------|---|--|-------------------|
| 収入等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。 | | | | | | |
| 預貯金等に関する申告 | <input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円（夫婦は2000万円）以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり | | | | | | |
| | 預貯金額 | 円 | | 有価証券 （評価概算額） | 円 | | その他 （現金・負債を含む） |

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

| | |
|-------|-------------|
| 申請者氏名 | 連絡先（自宅・勤務先） |
| 申請者住所 | 本人との関係 |

注意事項

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入してください。
- (3) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (4) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書

市(町村)長 殿

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、貴市(町村)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

印

<配偶者>

住所

氏名

印