

○ 要介護認定等の実施について (平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号) (抄)

(変更点は下線部)

現行		改正後	
	老発 0930 第 5 号		老発 0930 第 5 号
	平成 21 年 9 月 30 日		平成 21 年 9 月 30 日
	老発 0330 第 9 号		老発 0330 第 9 号
一部改正	平成 24 年 3 月 30 日	一部改正	平成 24 年 3 月 30 日
	老発 0331 第 1 号		老発 0331 第 1 号
一部改正	平成 27 年 3 月 31 日	一部改正	平成 27 年 3 月 31 日
	老発 0929 第 7 号		老発 0929 第 7 号
一部改正	平成 27 年 9 月 29 日	一部改正	平成 27 年 9 月 29 日
	老発 0323 第 2 号		老発 0323 第 2 号
一部改正	平成 30 年 3 月 23 日	一部改正	平成 30 年 3 月 23 日
	老発 0925 第 2 号		老発 0925 第 2 号
一部改正	平成 30 年 9 月 25 日	一部改正	平成 30 年 9 月 25 日
	老発 0331 第 2 号		老発 0331 第 2 号
一部改正	令和 2 年 3 月 31 日	一部改正	令和 2 年 3 月 31 日
	老発 1225 第 3 号		老発 1225 第 3 号
一部改正	令和 2 年 12 月 25 日	一部改正	令和 2 年 12 月 25 日
	老発 0401 第 20 号		老発 0401 第 20 号
一部改正	令和 3 年 4 月 1 日	一部改正	令和 3 年 4 月 1 日
	老発 0311 第 1 号		老発 0311 第 1 号
一部改正	令和 4 年 3 月 11 日	一部改正	令和 4 年 3 月 11 日
		一部改正	老発 0401 第 9 号
		一部改正	<u>令和 6 年 4 月 1 日</u>
各都道府県知事 殿		各都道府県知事 殿	
厚生労働省老健局長 (公印省略)		厚生労働省老健局長 (公印省略)	

別添 1 - 1

介護保険 (要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定) 申請書

〇〇市(町村)長様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

介護 保険 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険 被保険者証	保険者名											保険者番号																					
		記号											番号											扶番										
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	氏名												性別	男・女																				
	住所												電話番号																					
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場 合のみ 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2																					
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																															
	転出元自治体(市町村)名 []																																	
	※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ 記入																																	
	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ																																	
	「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																																	
有・無	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
提出 代 行 者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																																
	住所	〒 電話番号																																
主 治 医	主治医の氏名											医療機関名																						
	所在地	〒 電話番号																																
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入																																		
特定疾病名																																		
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名																																		

別添 1 - 1

介護保険 (要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定) 申請書

〇〇市(町村)長様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

介護 保険 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険 被保険者証	保険者名											保険者番号																					
		記号											番号											扶番										
	フリガナ												生年月日	明・大・昭 年 月 日																				
	氏名												性別	男・女																				
	住所												電話番号																					
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場 合のみ 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2																					
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																															
	転出元自治体(市町村)名 []																																	
	※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ 記入																																	
	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ																																	
	「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																																	
有・無	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
		医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																						
提出 代 行 者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)																																
	住所	〒 電話番号																																
主 治 医	主治医の氏名											医療機関名																						
	所在地	〒 電話番号																																
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入																																		
特定疾病名																																		
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名																																		

別添 1 - 2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書												
〇〇市(町村)長 様 次のおり申請します。										申請年月日 令和 年 月 日		
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号							
	医療 保険 被保険者名				保険者番号							
	被保険者証 記号				番号				枝番			
	フリガナ				生年月日				明・大・昭 年 月 日			
	氏 名				性 別				男 ・ 女			
	住 所				〒				電話番号			
	前回の要介護 認定の結果等				要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2			
	変更申請の 理由				有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日							
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無				介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日			
	有 ・ 無				医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日			
提 出 代 行 者	名 称				該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、介護医療院)							
	住 所				〒				電話番号			
主 治 医	主治医の氏名				医療機関名							
	所 在 地				〒				電話番号			
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入												
特定疾病名												
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名												

別添 1 - 3 (略)

別添 1 - 2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書												
〇〇市(町村)長 様 次のおり申請します。										申請年月日 令和 年 月 日		
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号							
	医療 保険 被保険者名				保険者番号							
	被保険者証 記号				番号				枝番			
	フリガナ				生年月日				明・大・昭 年 月 日			
	氏 名				性 別				男 ・ 女			
	住 所				〒				電話番号			
	前回の要介護 認定の結果等				要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2			
	変更申請の 理由				有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日							
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無				介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日			
	有 ・ 無				医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日			
提 出 代 行 者	名 称				該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)							
	住 所				〒				電話番号			
主 治 医	主治医の氏名				医療機関名							
	所 在 地				〒				電話番号			
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入												
特定疾病名												
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 本人氏名												

別添 1 - 3 (略)

別添 2

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は返却書まで行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

Table with fields for implementation date (令和 年 月 日), location (自宅内・自宅外), recorder name (記入者氏名), and affiliation (所属機関).

II 調査対象者

Table with fields for past recognition (過去の認定), previous result (前回認定結果), name (対象者氏名), gender (性別), birth date (生年月日), residence (現住所), and family contact (家族等連絡先).

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

Table for service usage with columns for service type (e.g., home care, nursing care), frequency (月回), and specific items (品目).

施設等利用

Checklist for facility usage including nursing home, medical care, and residential care services.

施設等連絡先

Form for facility contact information including name, phone number, and address.

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

Section IV: Family status and living environment. Includes a checklist for family type (独居, 同居) and a text box for additional notes.

別添 2

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は返却書まで行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

Table with fields for implementation date (令和 年 月 日), location (自宅内・自宅外), recorder name (記入者氏名), and affiliation (所属機関).

II 調査対象者

Table with fields for past recognition (過去の認定), previous result (前回認定結果), name (対象者氏名), gender (性別), birth date (生年月日), residence (現住所), and family contact (家族等連絡先).

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

Table for service usage with columns for service type (e.g., home care, nursing care), frequency (月回), and specific items (品目).

施設等利用

Checklist for facility usage including nursing home, medical care, and residential care services.

施設等連絡先

Form for facility contact information including name, phone number, and address.

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

Section IV: Family status and living environment. Includes a checklist for family type (独居, 同居) and a text box for additional notes.