

介護サービス事業者（認定申請代行業者）各位

日頃から介護保険事業の運営にご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。さて、要介護認定・要支援認定申請等について、以下のとおり連絡事項がありますので、ご確認をお願いいたします。

1 介護保険 要介護・要支援認定申請書の改訂等について（お願い）

（1）令和4年4月1日開始の法改正に伴う 認定申請書の改訂について【重要】

令和4年4月1日施行の法改正に併せて、別添のとおり申請書を改訂いたします。この変更に伴い、申請代行者のみなさまにご協力いただきたいことがございます。詳しくは、別紙依頼文(裏面有)をご確認ください。

（2）主治医意見書 依頼先医療機関の住所について

同一名称の医療機関等について、住所の記載がなく、誤った医療機関に依頼をしてしまうなどのケースが発生しています。再発防止のため、依頼先の医療機関情報をご記入いただく際は、豊田市内の医療機関であっても『所在地の町名』までは必ずご記入いただきますようお願いいたします。

2 要介護認定・要支援認定 更新申請受付開始日のお知らせ

認定の更新申請は、認定有効期間終了日の60日前から受付を開始します。なお、休日・祝日と重なった場合は翌営業日となります。令和4年度の更新申請の受付開始日は以下のとおりです。

認定有効期間終了日		更新勸奨送付予定日	受付開始日
令和4年 5月31日	→	令和4年 3月18日	令和4年 4月1日(金)
6月30日	→	4月20日	5月2日(月)
7月31日	→	5月20日	6月1日(水)
8月31日	→	6月20日	7月4日(月)
9月30日	→	7月20日	8月1日(月)
10月31日	→	8月19日	9月1日(木)
11月30日	→	9月20日	10月3日(月)
12月31日	→	10月20日	11月1日(火)
令和5年 1月31日	→	11月18日	12月2日(金)
2月28日	→	12月20日	令和5年 1月4日(水)
3月31日	→	令和5年 1月20日	1月30日(月)
4月30日	→	2月20日	3月1日(水)

3 認定結果の電話問い合わせについて（再掲）

既にご協力いただいているところではありますが、認定結果の問い合わせについては、原則、認定審査会日の翌営業日以降にさせていただくようお願いいたします。また、認定の「進捗状況」や「結果の問い合わせ」は以下の専用ダイヤルにご連絡ください。お手数をおかけいたしますが、ご協力をお願いいたします。

進捗状況・認定結果の問い合わせ先【介護保険課 認定事務係（委託業者）】

(0565) 34-6911 ※直通

【問い合わせ先】

豊田市役所 福祉部 介護保険課 認定担当 香村、成田、西山
電話 (0565) 34-6961[直通] FAX (0565) 34-6034

介護サービス事業者（認定申請代行業者）各位

豊田市福祉部 介護保険課長 古田 泰三

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書の改訂について（依頼）

日頃は介護保険事業の運営に多大なる御協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、令和3年2月26日付けで厚生労働省老健局長より「老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令の公布について」の通知が発出されたことに伴い、**令和4年4月1日以降（4月1日付更新申請等の事前預かり含む）**に認定申請いただく分から「**全申請者（第1号被保険者含む）の医療保険者情報（医療保険者名、医療保険者番号、記号、番号、（枝番））の記入が必要**」となります。つきましては、別添のとおり「介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書」を改訂しましたので、記入の際は医療被保険者証原本にて御確認いただくなど番号誤りのないよう御協力をお願いいたします。

申請代行いただいている皆様には大変お手数をおかけいたしますが、御理解のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

1 変更内容 ※裏面に注意事項を記載しましたので、必ずご確認ください。

医療保険者情報（医療保険者名、医療保険者番号、記号、番号、（枝番））欄の追加 ※以下参照

次のとおり申請します。

（ 新規 更新 ）

		申請日		年	月	日
介護保険 被保険者番号	00	個人番号※				
医療保険	保険者名		保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	枝番		
ふりがな						

2 改訂後様式の配布（配布：3月11日から 提出：申請日が4月1日以降のものから）**(1) ホームページから直接印刷する**

豊田市公式ホームページ内の「サイト内検索」にて「①ページ番号」を検索いただくか、「②」を参考にトップページから検索してください。

① **ページ番号：1003181**

② トップページ > 暮らしの情報 > 福祉 > 高齢者福祉 > 介護保険 > 介護認定について > 介護保険要介護認定等様式

(2) 介護保険課窓口にて必要枚数をもらう

事前に介護保険課認定担当(34-6961)にお電話いただくことで、窓口での配布が可能です。なお、お電話の際は「来庁日・必要枚数」をお伝えいただきますようお願いいたします。

3 その他

国の方針により移行期間はありませんので、必ず新様式で御提出いただくようお願いいたします。万が一、令和4年4月1日以降に旧様式にて提出いただいた際は、余白に記入いただくなどの御対応をお願いすることとなりますので予めご了承ください。

【問い合わせ先】

豊田市役所 福祉部 介護保険課 認定担当 香村、西山
電話 (0565) 34-6961[直通] FAX (0565) 34-6034

医療保険者情報の記入方法

国民健康保険加入者と後期高齢者医療保険加入者の医療保険情報の記入方法は以下のとおりです。
 その他社保（社会保険診療報酬支払基金）等については、被保険者証に記載されている情報をそのままご記入ください。

介護保険 被保険者番号		00	個人番号※		申請日	年	月	日
医療保険	① 保険者名	② 保険者番号		③ 記号		④ 番号		⑤ 枝番
ふりがな	被保険者証	番号		枝番				

記入方法の例

(1) 国民健康保険加入者の場合

愛知県国民健康保険 有効期限 令和4年8月31日
 被保険者証
 ④ 記号番号 927-7731 ⑤ (枝番) 01
 被保険者 豊田 太郎
 氏名
 性別 男 生年月日 昭和40年10月22日
 住所 豊田市西町3丁目60番地
 適用開始日 令和3年11月4日 交付年月日 令和3年11月30日
 世帯主氏名 豊田 太郎
 ② 保険者番号 230128
 交付者 豊田市印

① 保険者名	豊田市
② 保険者番号	230128
③ 記号	記入なし
④ 番号	927-7731
⑤ 枝番	記載されていない場合は記入なし

(1) 後期高齢者医療保険加入者の場合

後期高齢者医療被保険者証 有効期限 令和4年7月31日
 ④ 被保険者番号 12345678 性別 男
 住所 豊田市東区東 丁目6番5号
 氏名 広域 太郎 見本
 生年月日 大正15年7月26日 発効期日 平成20年4月1日
 資格取得日 平成20年4月1日 交付日 令和3年8月1日
 一部負担金の割合 ●割
 ② 保険者番号 39234000
 ① 保険者名 愛知県後期高齢者医療広域連合 印

① 保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合
② 保険者番号	39234000
③ 記号	記入なし
④ 番号	12345678 ※被保険者番号を記入します
⑤ 枝番	記入なし

豊田市長様
次のとおり申請します。

介護保険 要介護認定・要支援認定
(新規 更新)

申請書

021
見本

申請日 年 月 日

被保険者 (認定を受ける人について)	介護保険被保険者番号	00	個人番号※										
	医療保険	保険者名						保険者番号					
		被保険者証	記号			番号				枝番			
	ふりがな												
	氏名	※本人が、認知症等により意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難な場合は個人番号を記入せず右の□欄にレ点										□	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	年齢				歳	
	住民票住所	〒						電話番号	() -				
		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (特養、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス等)											
	本人がいる場所 (申請時)	<input type="checkbox"/> 上記住民票住所 <input type="checkbox"/> 上記住所以外 (実際にいる場所を以下に記入してください)											
		名称						電話番号	() -				
所在地							病棟	号室					
	入院・入所日	年	月	日	退院・退所予定	年	月	日・未定	手術予定	有・無			
認定後のサービス利用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない												
申請理由	<input type="checkbox"/> ヘルパ、デイサービス等のサービスを希望しているため <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具購入等を希望しているため <input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所中または入所を希望しているため <input type="checkbox"/> その他 ()												
更新申請のみ記入 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				
	有効期間	年 月 日 から					年 月 日まで						
主治医	医療機関名				診療科				主治医氏名				
	所在地						最終受診日	年 月 日					
		電話番号 () -					次回受診予定日	年 月 日					
今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → <u>必ず、主治医に意見書作成の了承を得てください。</u>													

本人宛以外の 場合のみ記入	原則本人宛に送付しますが、本人が入院中や書類管理困難である場合にご記入ください。(今回申請分のみ適用) 介護保険関係すべての書類の送付先を変更する場合は、別途「送付先変更申請書」の提出が必要です。											
認定結果 関係通知 送付先	理由											
	ふりがな											
※今回申請分のみ	受取人	本人との関係 ()			住所	〒						

提出者	氏名 (事業者は担当者氏名)	<input type="checkbox"/> 本人に同じ <input type="checkbox"/> 認定結果関係通知受取人に同じ					本人との関係					
	住所 (事業者所在地)	<input type="checkbox"/> 本人に同じ <input type="checkbox"/> 認定結果関係通知送付先住所に同じ										
	提出代行 事業者等名称						電話番号 () -	事業者番号				
該当するものにレ点をつけてください→ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設、介護医療院												

被保険者が64歳以下の場合は、医療保険証のコピーを添付のうえ、特定疾病名をご記入ください。

特定疾病名	↓ 特定疾病に該当しているか主治医等にご確認ください											
・がん ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靭帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗しょう症 ・初老期における認知症 ・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 ・脊髄小脳変性症 ・脊柱管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症 ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症												

裏面もご記入ください。

以下の項目について、該当する方のみレ点を記入してください。

介護保険給付に優先する介護補償給付等を受けている人はレ点をつけてください。

(例. 交通事故被害による保険補償給付、労働災害による補償給付 など)

更新申請の方で、現在の有効期間内に認定がされる場合でも延期通知(処理見込期間とその理由の通知)が必要な場合は右欄にレ点をつけてください。

延期通知を希望する

《認定調査について》

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり〔夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・他()〕								
立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→〔 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先職員 <input type="checkbox"/> 入所先職員 <input type="checkbox"/> その他()〕								
調査の 立会者 <small>こちらに日程調整 のご連絡をします</small>	ふりがな				本人との 関係				
	氏名								
日中の 連絡先	① ()	—	自宅・携帯 勤務先	② ()	—				
直近1か月の 本人・ 立会者の 予定 (月～金)	都合の悪い日	(日にち:)							
	通所系(デイ・デイケア等) サービス利用予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(<input type="checkbox"/> 毎週 月・火・水・木・金 <input type="checkbox"/> 不定期(日にち:))							
	ショートステイ利用予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(期間:)							
	透析予定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(毎週 月・火・水・木・金)							
駐車場	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(駐車場所に関する情報:)								
本人の状態 に近いもの へ○をして ください。	聴力	<table border="1"> <tr> <td>普通</td> <td>普通の声がやっと聞こえる</td> <td>大きな声なら聞こえる</td> <td>ほとんど聞こえない</td> </tr> </table>				普通	普通の声がやっと聞こえる	大きな声なら聞こえる	ほとんど聞こえない
	普通	普通の声がやっと聞こえる	大きな声なら聞こえる	ほとんど聞こえない					
物忘れ	<table border="1"> <tr> <td>なし</td> <td>置き忘れなどが目立つ</td> <td>最近のことがわからない</td> <td>すぐに忘れる</td> </tr> </table>				なし	置き忘れなどが目立つ	最近のことがわからない	すぐに忘れる	
なし	置き忘れなどが目立つ	最近のことがわからない	すぐに忘れる						
調査時の 留意事項	例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感情的になる。本人のいない場所での聞き取りを希望。等								
※その他、何かあればご記入ください。									

- 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・要支援認定に係る調査内容、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豊田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、若しくは介護保険施設等の関係人、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。また認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援のための各種事業の関係機関に提示することに同意します。
 - 適切な認定調査実施のために必要があるときは、居宅介護支援事業所や居宅サービス提供事業者、介護保険施設関係者、病院関係者、民生委員・児童委員等から調査員が必要な情報の聞き取りを行うことに同意します。
- 以上2点について同意をいただける場合は、署名をお願いします。

本人
氏名

代筆者又は
代理人氏名

本人との
関係 ()

以下、市記入欄

申請種別	2号 医療保険証	主治医意見書の依頼	窓口受付者	受理印	√欄
新規・更新	写し添付	市・事業所・添付			
申請受付入力	Dr 依頼入力	Dr 添付入力	入力者		
/	/	/			
提出者	番号確認		身元確認		代理権の確認(代理人提出の場合)
本人	済・補記・提供なし★ (★提供なしの場合は身元・代理権の確認不要)		済・未・不要		済・未・不要
代理人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 保険者(オンライン)確認		個人	<input type="checkbox"/> 写真あり書類 1点 <input type="checkbox"/> 写真なし書類 2点	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他書類 1点
			事業者	<input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他()	
申請番号					