

令和4年3月7日  
平内町 福祉介護課 介護保険係

## 要介護・要支援認定申請書の一部改正について

「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」（老発0226第5号）において、下記のとおり要介護・要支援認定申請書の一部改正が行われました。

改正内容について、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律施行規則等の一部を改正する省令の施行（第2条関係）について」（老発0930第1号）に基づき、令和4年4月1日より運用することとなりましたのでお知らせ致します。

### 介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）の一部改正（改正省令第2条関係）

- (1) 医療保険の個人単位被保険者番号の活用（第35条、第37条、第40条、第42条、第49条、第51条、第54条、第55条の2及び第59条関係）

要介護認定申請等の申請書の記載事項に、医療保険被保険者番号等を追加すること。

これまで第2号被保険者の申請時には医療保険情報の記入および医療保険証の写しの提出をしていただいていたおりましたが、今後は第1号被保険者についても記入が必要となります。

各申請書様式は別紙のとおり変更となりますので、今後の取り扱いにご留意くださいますようお願いいたします。

ご不明な点がございましたら、福祉介護課 介護保険係（TEL 017-755-2114）までお問い合わせください。

※医療保険証の情報を申請書に記入していただく場合は、写しは不要です。

※生活保護を受けている被保険者については、情報の記入は不要です。

※令和4年3月に更新通知を発送する被保険者（有効期間が令和4年5月31日までの者）の申請については、変更前の様式で申請を受け付けます。

様式 別紙2-①について

変更前

別紙2-①

**介護保険 要介護認定・要支援認定申請書**

申請区分 新規 更新 介護申請(要支援者の区分変更申請) 転入継続

平内町長 様  
介護保険被保険者証を添えて次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭	年	月	日						
	氏名											性 別	男	・	女							
	住 所	〒 平内町大字 字										電話番号										
	前回の要介護認定の結果等 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2					有効期間 年 月 日 から 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											
	介護保険施設の名称等・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											
	有・無										医療機関等の名称等・所在地											

※家族・代理人等が申請する場合にも下記の欄に記入してください  
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、その他

提出 代 行 者	名 称											続柄			
	住 所	〒										電話番号			

主治 医	主治医氏名											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 ※申請時に医療保険証を提示してください

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号					
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、平内町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。

個人番号確認	済・未記載	本人氏名										
本人確認欄(個人番号記載時のみ確認)		(代筆者名)										
運免/保(国・社・後・介)/個力/船免/パスポート/手帳(精神・身体・愛護)/年/その他( )												

変更後

別紙2-①

**介護保険 要介護認定・要支援認定申請書**

申請区分 新規 更新 介護申請(要支援者の区分変更申請) 転入継続

平内町長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	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 <small>※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護 1 2 3 4 5					要支援 1 2					有効期間 年 月 日 から 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											
	介護保険施設の名称等・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											
	有・無										医療機関等の名称等・所在地											

※家族・代理人等が申請する場合にも下記の欄に記入してください  
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、その他

提出 代 行 者	名 称											続柄			
	住 所	〒										電話番号			

主治 医	主治医氏名											医療機関名					
	所在地	〒										電話番号					

医療保険者名 青森県後期高齢者医療広域連合 平内町(国保) その他( ) 被保険者番号

医療保険被保険者証 記号 番号 枝番

※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、平内町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。

個人番号確認	済・未記載	本人氏名										
本人確認欄(個人番号記載時のみ確認)		(代筆者名)										
運免/保(国・社・後・介)/個力/船免/パスポート/手帳(精神・身体・愛護)/年/その他( )												

様式 別紙2-②について

変更前

別紙2-②		
<b>介護保険 要介護認定〔区分変更〕申請書</b>		
平内町長 様 次のとおり申請します。		
申請年月日 年 月 日		
被 保 者	被保険者番号	個人番号
	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
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護 1 2 3 4 5 有効期間 年 月 日 から 年 月 日
	変更申請の理由	
者	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
		介護保険施設の名称等・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
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
※家族・代理人等が申請する場合にも下記の欄に記入してください 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)		
提出代行者	名 称	続柄
	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 ※申請時に医療保険証を提示してください 医療保険者名 医療保険被保険者証記号番号 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、平内町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 _____ (代筆者名) _____		

変更後

別紙2-②		
<b>介護保険 要介護認定〔区分変更〕申請書</b>		
平内町長 様 次のとおり申請します。		
申請年月日 年 月 日		
被 保 者	被保険者番号	個人番号
	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
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日
	変更申請の理由	
者	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
		介護保険施設の名称等・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
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日
※家族・代理人等が申請する場合にも下記の欄に記入してください 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・その他)		
提出代行者	名 称	続柄
	住 所	〒 電話番号
主治医	主治医氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号
医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 青森県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 平内町(国保) 保険者番号
	被保険者証	<input type="checkbox"/> その他( ) 記号 番号 枝番
※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、平内町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 _____ (代筆者名) _____		