

5 要介護認定

項番	様式名	ルート	統一様式	任意様式
1	介護保険要介護(更新)認定・要支援(更新)認定申請書	被 → 市		○
2	介護保険要介護認定変更申請書	被 → 市		○
3	介護保険主治医意見書	医 → 市	○検討中	
4	介護保険要介護認定訪問調査依頼書	市 → 事		○
5	介護保険主治医意見書提出依頼書	市 → 医		○
6	介護保険診断命令書	市 → 被		○
7	要介護認定審査判定結果・審査判定一覧表	審 → 市		○
8	要介護認定・要支援認定等結果通知書	市 → 被		○
9	要介護認定・要支援認定等却下通知書	市 → 被		○
10	要介護認定・要支援認定取消通知書	市 → 被		○
11	要介護認定・要支援認定等延期通知書	市 → 被		○
12	介護保険サービスの種類指定変更申請書	被 → 市		○
13	介護保険サービスの種類指定結果通知書	市 → 被		○
14	介護保険要介護状態区分変更通知書	市 → 被		○

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 平成 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
提出代行者 名称	該当に〇(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)		
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____ 印		

被 保 者	被保険者番号	_____	*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要			
	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 新認定場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日				
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く)	有	入所施設名 _____ 所在地 _____				
	無	_____				

主治医	主治医の氏名	_____	医療機関名	_____
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	_____	医療保険被保険者証記号番号	_____
特定疾病名	_____		

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定変更申請書

〇〇市（町村）長 様
次のとおり申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
提出代行者 名称	該当に〇（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） 印	
申請者住所	〒 _____ 電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号	_____					*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要				
	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				
	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 5									
		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日									
変更申請の理由	_____										
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く)	有	入所施設名 _____									
	無	所在地 _____									

主治医	主治医の氏名	医療機関名	_____
	所在地	〒 _____ 電話番号	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	_____

介護サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 要介護認定訪問調査依頼書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〇〇居宅介護支援事業者等
代表者 様

〇〇市（町村）長

事業者番号

要介護認定訪問調査を次のとおり依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号																					
	フリガナ																					
	氏 名													生年月日	明・大・昭 年 月 日							
	住 所 〒																				性 別	男 ・ 女

要介護認定（更新）申請日	平成 年 月 日
要介護認定調査票提出期限	平成 年 月 日まで

- 1 要介護認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。
 - 2 期限までに調査を完了しない見込みであるときは、〇〇市（町村）介護保険課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けて下さい。
 - 3 この調査を第三者に再委託することはできません。
 - 4 調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
 - 5 調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
 - 6 本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
 - 7 上記のほか、本調査に関しては介護保険法その他関係法令及び本市（町村）介護保険条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。
- * 居宅介護支援事業者等には介護保険施設を含む。

介護保険 主治医意見書提出依頼書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999 ○○市△△ (町村) (医療機関名) ○○ ○○ 様
--

○○市 (町村) 長

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ、平成 年 月 日までにご返送ください

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏 名							性 別	男 ・ 女		
住 所											

問い合わせ先及び返送先

○○市 (町村) 介護保険課
住所 電話番号

文 書 番 号

平 成 年 月 日

〇〇市（町村）長 様

〇〇市 介護認定審査会長

要介護認定・要支援認定等の審査判定結果について

〇年〇月〇日付第 号で依頼のありました介護保険法の規定に基づく要介護認定・
要支援認定等について、〇〇市介護認定審査会にて審査した結果、別添の一覧表のとおり
判定しましたので通知します。

要介護認定・要支援認定審査判定一覧表

(事務局用)

番号	被保険者番号	被保険者氏名	性別	生年月日	住所	一次判定	二次判定	審査会意見

要介護認定・要支援認定審査判定一覧表

(認定審査会委員用)

番号	一次判定	二次判定	変更理由	審査会意見

介護保険 要介護認定・要支援認定等結果通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成 年 月 日あなたが行った要介護認定・要支援認定等の申請について、介護認定審査会において次のとおり審査判定されましたので、認定し通知します。

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

認定結果

① 要介護（状態区分 ） ②要支援 ③非該当

理由

「要介護」及び「要支援」の場合、その認定期間等

認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
---------	------------------------

- ・ 要支援と認定された方は、被保険者証を〇〇市（町村）介護保険課に提出してください。ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。
- ・ 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により状態区分の変更をする場合があります。また、認定変更の申請をすることもできます。
- ・ 認定の有効期間の満了後においても要介護・要支援状態に該当すると見込まれるときは、認定の有効期間の満了の日の60日前から認定の更新の申請をすることができます。
- ・ サービスの種類を指定を受けた場合は、状態の変化等により種類の変更の申請をすることができます。
- ・ 介護認定審査会の意見として、サービスの適切かつ有効な利用等に関する留意事項がある場合には、被保険者証に記載してあります。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険 要介護認定・要支援認定等却下通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999

〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成 年 月 日にあなたが行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等の申請を却下します。

被保険者番号

被保険者氏名

却下理由

--

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険 要介護認定・要支援認定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999

〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成 年 月 日に行われた要介護認定・要支援認定を介護認定審査会の審査に従い取り消します。

被保険者番号

被保険者氏名

取消理由

- ・被保険者証を〇〇市（町村）介護保険課に提出してください。
提出期限：平成 年 月 日
ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険 要介護認定・要支援認定等延期通知書

文 書 番 号
平 成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成 年 月 日にあなたが申請を行った介護保険法に基づく要介護認定・要支援認定等を下記のとおり延期しますので、通知します。

被保険者番号

被保険者氏名

延期理由

--

処理見込期間

--

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市（町村）長 様
次のおり申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	
申請者住所 〒	電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要		
	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名			性別	男 ・ 女
	住所 〒				
	現に受けている 要介護・要支援 認定の内容	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援		有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の消徐を求める旨					
種類指定変更理由					

主治医	主治医の氏名	医療機関名	
	所在地 〒	電話番号	

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護保険 サービスの種類指定結果通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999
〇〇市△△町村

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長

印

平成 年 月 日あなたが行ったサービスの種類指定変更申請について、介護認定審査会の判定に基づき、次のとおり認定したので通知します。

被保険者番号		被保険者氏名
--------	--	--------

サービスの種類の指定	
理由	

問い合わせ先

〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立

この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。

住所 電話番号

介護保険 要介護状態区分変更通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 999-9999 〇〇市△△町村 〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長 印

あなたの要介護状態区分を下記のとおり変更します。

被保険者番号		被保険者氏名
--------	--	--------

認定結果

いままでの要介護状態区分	これからの要介護状態区分
--------------	--------------

変更年月日	平成 年 月 日
-------	----------

認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日まで
---------	------------------------

- ・被保険者証を〇〇市（町村）介護保険課に提出してください。
- 提出期限：平成 年 月 日
- ただし、既に被保険者証を提出されている方は、不要です。

問い合わせ先
〇〇市（町村）介護保険課 住所 電話番号

不服の申立
この通知書について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県介護保険審査会に審査請求をすることができます。
住所 電話番号