

# 介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書の一部改正のお知らせ

厚生労働省令の一部改正に伴い、令和4年4月1日から

「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」及び  
「介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書」  
の様式が変わります。

## 主な改正点

### ●医療保険被保険者番号の記載

介護認定各申請書への医療保険番号等の記載が必要となります。(右記太枠参照)

ただし、役場において公簿等で確認できるとき<sup>※1</sup>は記載の必要がない場合があります。

※1 公簿等で確認できるとき

- ①国民健康保険加入者
- ②後期高齢者医療保険加入者

①②以外の医療保険加入者は必ず記載をお願いします。

### ●介護保険申請手続きに必要なもの

#### 【必ず必要なもの】

被保険者本人名義の介護保険被保険者証  
(原本要添付※紛失等の場合はご連絡ください)

※①②以外の医療保険加入者、2号被保険者は、被保険者本人名義の医療被保険者証の写しを添付してください。

#### 【その他】

- ・本人申請、代行申請の場合は、被保険者本人の本人確認書類(顔写真付であれば1点、顔写真付でなければ2点)をご提示ください。(提示のみ、写し可)
- ・代理人申請の場合は代理権と代理人の本人確認書類(顔写真付であれば1点、顔写真付でなければ2点)をご提示ください。(提示のみ、写し可)

介護保険		要介護認定・要支援認定		申請書	
北栄町長 手嶋 俊樹 様		次のおり申請します。		申請年月日 令和 年 月 日	
介護保険		個人番号			
医療保険		被保険者番号			
被保険者証		記号		番号 枝番	
氏名		性別			
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 有効期間		転出元自治体(市町村)名 [ ] ※14日以内で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」の場合、申請日 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		介護保険施設等の名称等所在地 期間		医療機関等の名称等所在地 期間	
提出代行者		主治医の氏名		医療機関名	
住所		〒		電話番号	
主治医		所在地		〒	
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			
<small>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北栄町から北栄町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。 あわせて、更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行なわれる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。</small>					
本人氏名 (代筆者)					

【お問い合わせ】北栄町役場福祉課介護保険室 TEL：37-5875 (直通) FAX：37-5339