

# 要介護認定・要支援認定申請書の改正のお知らせ

(「医療保険情報の追加」と「提出代行者の押印廃止」)

介護保険法施行規則の一部改正に伴い、**令和4年4月1日(金)より要介護認定・要支援認定申請書について、以下2点が変更となります。**

## ① 医療保険情報を記入する対象被保険者が全被保険者に拡大

→これまで介護保険の第2号被保険者のみ医療保険情報の記入が必要でしたが、**第1号被保険者についても医療保険情報の記入が必要**となります。

## ② 提出代行者欄から「印」の表記を削除

→これまで要介護認定・要支援認定の申請手続きについて地域包括支援センターや居宅介護支援事業者などが代わって行う場合、事業者印の押印が必要でしたが、今後は不要となります。

## 申請書の変更に伴う令和4年4月1日以降の取扱いについて

■医療保険被保険者証については提示・添付は原則、不要とします。記載にあたっては、漏れ・誤りのないようお願いします。

■第2号被保険者の方については、現行通り、医療保険被保険者証の写しの添付が必要となります。

■生活保護受給者で公的医療保険に加入していない方に関しては、**保険者名欄に「生活保護受給」等の記載をお願いします。**

※当面の間、旧様式の申請書でも申請を受け付けますが、できる限り新様式への切り替えをお願いします。(旧様式使用の際にも医療保険情報の記入をお願いします。)

介護保険要介護(更新)認定・要支援(更新)認定  
・要介護(要支援)状態区分変更申請書

坂戸市長 あて  
次のとおり申請します。

1 新規申請	2 更新申請	3 区分変更申請	申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係	
申請者住所			〒 電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は、記載不要です。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号								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	-----					生年月日	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	要介護状態区分等									
			有効期間	年 月 日から		年 月 日まで						
		変更申請の場合のみ理由を記入										
		現在の介護保険施設・医療機関等の入所・入院の有無	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地・入所(入院)日等								
	名称					入所(入院)日	年 月 日					
			所在地			退所(退院)予定	有・無					
						退所(退院)予定日	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・指定介護療養型医療施設)
提出代行者住所	〒 電話番号

主 治 医	医療機関名			主治医の氏名		
	所 在 地	〒		電話番号		

第2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(介護予防)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。  
また、主治医意見書を作成した医師から、介護認定審査会による判定結果・意見について提示の求めがあったときは、提示することに同意します。

本人氏名	
------	--

自署不能につき代筆 続柄 ( )