

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3年9月6日(月)より要介護認定・要支援認定申請書について、以下2点が変更となりました。

① 医療保険情報を記入する欄を追加。

→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、
令和4年4月1日より第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を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。

改正後

熊本市長 様
次のとおり申請します。

個人番号

介護保険 要介護認定・要支援認定 新規 更新 区分変更 申請書

※該当する項目は□に✓を記入してください。

被保険者番号	申請年月日	2	0	年	月	日
フリガナ	生年月日	年	月	日		
被保険者氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
住所	〒	電話番号	-	-		
前回の要介護認定の結果等	前回の認定	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援区分	1 2	年 月 日
※14日以内に熊本市町村から転入した場合のみ記入	転出元市町村〔 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定申請を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
変更申請の理由	※区分変更申請の場合のみ記入					
介護保険施設・医療機関等入院の有無(短期入所を除く)	施設名	入院・入所日 (年 月 日)	退院・退所予定 (月 日頃・未定)			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	所在地	〒	電話番号	-	-	

医療機関名	フリガナ	電話番号	-	-
主治医	主治医氏名			
医療機関住所	〒			

医療保険	被保険者名	<input type="checkbox"/> 熊本県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 熊本市(国保加入の方)	保険者番号				
	被保険者証	記号	番号	枝番			

※医療保険欄は病院などに提示する保険証を見てご記入ください。枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。

提出者氏名	電話番号	-	-
提出者住所	〒		
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 3親等以内の親族(続柄:) <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> その他()		
提出代行者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <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 <input type="checkbox"/> 介護医療院	事業所名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正な運営のために必要があるときは、要介護及び主治医等名簿を熊本市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス室に從事した調査員に提示することに同意します。
(更新申請の場合のみ)申請から30日以内に認定がなされない場合、現在の認定の有効期

被保険者署名 代筆者氏名

※第二号被保険者(40歳から64歳の医療加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

以下、熊本市使用欄

受付窓口	受付者	管轄区	申請入力
<input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> 天明 <input type="checkbox"/> 託麻		<input type="checkbox"/> 中央区 <input type="checkbox"/> 南区	資格者証
<input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 北区 <input type="checkbox"/> 城南 <input type="checkbox"/> 幸田		<input type="checkbox"/> 東区 <input type="checkbox"/> 北区	意見書発送
<input type="checkbox"/> 西区 <input type="checkbox"/> 河内 <input type="checkbox"/> 清水 <input type="checkbox"/> 龍田		<input type="checkbox"/> 西区	2号・至急

受付印

① 医療保険情報を記入する欄を追加
※介護保険第2号被保険者は記入が必要です。
※介護保険第1号被保険者は令和4年4月1日より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
※提出代行者の事業者印の押印は不要です。

医療保険	被保険者名	<input type="checkbox"/> 熊本県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 熊本市(国保加入の方)	保険者番号				
	被保険者証	記号	番号	枝番			

※医療保険欄は病院などに提示する保険証を見てご記入ください。枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。

【問い合わせ先】
熊本市 介護保険課 認定給付班
(TEL:096-328-2347)