

要介護・要支援認定の申請及び要介護認定調査業務の流れ

①【申請】

要介護・要支援認定申請の代行依頼があった場合は、状態にあった申請区分を選び、「要介護・要支援認定の申請代行における注意点」を確認の上、申請を行ってください。



②【認定調査の実施】

町福祉介護課より、調査委託先に認定調査を依頼します。調査委託先は、調査依頼を受けて対象者の要介護認定調査を実施し、提出期限まで（原則14日以内）町に提出をお願いします。

送付書類：訪問調査依頼書

認定調査票

申請書の写し※個人情報の取り扱いには十分注意してください。



③【報告書類の提出】

町が指定した提出期限まで調査結果書類を提出してください。

なお、回収した調査結果は、介護認定審査会事務局（町福祉介護課）で認定審査会の事前に確認を行います。調査票及び特記事項の内容等に問い合わせがある場合、調査を行った方に連絡させていただく場合があります。控え等をしばらくお手元に残し、対応可能なようにご準備願います。

提出書類：認定調査票

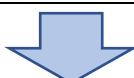
特記事項（事業所の様式をご利用ください。）

調査等の都合で大幅に提出期限より遅くなる場合は、ご連絡願います。



④【請求書の送付】

認定調査業務委託料の請求書を町福祉介護課あて提出します。



⑤【認定調査委託料の支払い】

提出された請求書の内容を確認の上、委託先事業者の口座に振込を行います。

要介護・要支援認定の申請代行における注意点

1. 申請区分の確認

(1) これから行いたい申請に合わせ、申請書の様式を確認してください。

- ・新規申請・更新申請 → 別記様式第7号
- ・区分変更申請 → 別記様式第14号

現在「要支援」認定の方が区分変更を希望する場合、「区分変更申請」だと「要支援1」か「要支援2」かの審査判定しかされないため、状態に変化がありより重度になると見込まれる場合は「(新規) 要介護認定」の申請を行ってください。

ただし、現在介護度を持っていない方の新規申請については、原則申請代行を受け付けておりません。どうしても家族等が申請の手続きに来られない場合は、事前に電話等でご相談ください。

やむを得ない場合を除き、申請日をさかのぼること、後日変更すること、申請区分を後で変更することはできません。

(2) 申請書等の記入にあたりご注意いただくこと

- ①主治医の氏名・医療機関名は、予約票等で確認し正確に記入してください。
- ②家族の家に一時滞在している場合など、住所と訪問調査先が異なる場合は余白等に記入してください。
- ③結果送付先が住所と異なる場合、余白に記入してください。常にその住所に送付を希望する場合は、役場で送付先の変更届をするよう伝えてください。
- ④調査等の日程調整、確認事項など、平日の日中に主に連絡を行うことになります。平日の日中でも確実に連絡の取れる電話番号を記入してください。
- ⑤申請者が入院中の場合は、医療機関名、病室番号、入院がいつごろまでになる予定か、分かる範囲で記入してください。
- ⑥デイサービス、ショートステイ等の利用日、通院日等を鉛筆等、または付せん紙等で余白に記入をお願いします。
- ⑦特に75歳未満の方について、現在の健康保険の保険者名、記号番号等を必ず確認し記入してください。
- ⑧2号被保険者(65歳未満)の方は、特定疾病の欄を必ず記入し、健康保険証の写し(資格確認書または資格情報のお知らせの写し)を添付してください。
- ⑨代行申請欄の記載を確認してください。(事業所印は不要となっています)

2. 申請書の他に必要な書類

- ・介護保険被保険者証は、特に無理に回収を行っておりません。新しいものが届きましたら差し替えていただくよう伝えてください。

更新申請の受付は、有効期間満了日の60日前から受付を行います。

更新申請の通知文に、受付開始日を記載しています。ご確認ください。

認定調査にあたって

- (1) 認定調査は、がん末期の方など緊急性がある方、新規申請・区分変更申請の方を優先的に行ってています。調査の至急実施や日程を限って希望する場合は、その日程・理由等を申請書下部の余白に記入してください。ご希望にはできるだけ配慮しますが、必ずしも希望に添えない場合もありますので、ご理解いただきますようお願いいたします。
- (2) 認定調査は、日頃の状態を把握できる状態・場所で行うことを原則としております。入退院直後等の理由で調査対象者の心身の状況が安定するまで時間が必要と判断した場合や、適切な認定調査が行えないと判断した場合は、再度調査日を設定させていただくこともあります。
- (3) 認定調査は、担当のケアマネジャー以外の方が行います。万が一町側の不手際で担当ケアマネジャーの所在する事業所へ依頼してしまった場合、再調整を行いますので町へご連絡ください。
- (4) 調査実施までの間に調査対象者や同席される方が新型コロナウイルスやインフルエンザ等の感染が疑われる状況となった場合、感染拡大防止の観点から調査当日であっても調査日を再調整させていただく場合があります。もしその場合は事前連絡をいただくか、調査日程の変更にご理解ご協力をいただくようお願いいたします。
- (5) 認定調査員は、担当のケアマネジャー以外の方が行いますので、初対面の方である場合がほとんどかと思います。更新認定申請の際、日程調整等の連絡があるため登録番号以外の番号からのお電話にも出ていただくようお伝えください。

認定調査の委託にあたってのお願い

- (1) 調査の連絡先として、お名前とお電話番号をお伝えしています。個人情報の取り扱いには十分に注意してください。連絡をしていただく際には、町から委託された認定調査員であること、所属されている事業所や連絡先等を明確に伝えてください。
- (2) 申請時、入院・施設入所状況等の確認はしていますが、漏れてしまう場合がありますので、なお通常はご自宅にいることを再度確認いただきお話を進めてください。また、入院中だった場合は町の調査員が伺う旨を伝え、町福祉介護課までお知らせください。
- (3) 行動障害等があるか、あらかじめ伺い、調査に備えてください。特に認知症のある方の調査で、介護者から「話を聞いてもらえなかった」との不満の声があがる場合があるため、本人とは別に聞き取りが必要か、なお確認をしていただきますようお願いいたします。
- (4) 相談事をされた場合、町で配布している介護保険のパンフレットに記載されている制度の基本的・一般的なことはお答えいただいて良いですが、担当のケアマネジャーがいる場合は担当者に相談するよう勧めてください。また、制度に関する問い合わせ等は町福祉介護課を紹介してください。
- (5) 調査後、「介護度」について尋ねられた場合でも、介護度についての発言はなるべく控えていただきますようお願いします。
- (6) 認定調査票を提出いただく前に、認定調査票の記入もれ、調査票と特記事項の記載の矛盾（調査票の選択が「一部介助」となっているのに、特記事項の内容が「全介助」となっているなど）がないことを再度確認してください。
また、「介助されていない」「できる」以外を選択している調査項目については、その状況を必ず特記事項に記載してください。
保険者側で1件1件チェックを行っていますが、審査判定へ影響を及ぼしますのでご注意いただくようお願いします。

記載例

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

東置賜郡川西町長様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------------|--|----------------------------------|----------------------|-----------------|----|--------------------------|--|
| 被 保 險 者 者 | 介護保険 被保険者番号 | 1 2 3 4 | 個人番号 | | | | | | |
| | 医療 保 険 | 保険者名 | 川西町国民健康保険 | 保険者番号 | ***** | | | | |
| | | 被保険者 記号・番号 | 記号 | ***** | 番号 | ***** | 枝番 | | |
| | | フリガナ | カワニシ ハナコ | 生年月日 | 明・大・昭 ○年 ○月 ○日 | | | | |
| | | 氏名 | 川西 花子 | 性別 | 男 · 女 | | | | |
| | | 住所 | 〒 居所：川西町大字○○****番地 川西一郎宅 連絡先 090-*****-**** 川西町大字 上小松977番地1 | 電話番号 | 0238-42-6638 | | | | |
| | | 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 1 2 3 4 5 | 要支援状態区分 1 2 | | | | |
| | | | ※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入 | 有効期限 平成・令和 ○年 ○月 ○日から令和 ○年 ○月 ○日 | | | | | |
| | | | 転出元自治体（市町村）名 [] | | | | | 更新申請の場合、黄色の部分 は印字済です。 | |
| | | | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択して下さい) | | | | | 桃色の部分について、記入して ください。 | |
| | | 「はい」の場合、申請日 | | | | | | | |
| 提出 代 行 者 | 過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | 期間 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| | | 医療機関等の名称等・所在地 川西○○病院（内科） | | | 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 | | | |
| | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--------|--|------------------------------------|--------|--|--|
| 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） ○○○居宅介護支援事業所（事業所印は不要です。） | | | | |
| | 住 所 | 〒 | 電話番号 | | | |
| ※同じ先生が複数の医療機関で診察がある場合もあります。正確に確認し記入してください。 | | | | | | |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | ○○ ○○ 先生 | 医療機関名 | 川西○○病院 | | |
| | 所 在 地 | 〒 | ※近隣市町にある医療機関の場合、住所は記載不要です。 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

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 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、川西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。

| |
|---|
| 送付先：川西町大字○○****番地 川西 一郎 あて デイサービス：月・木 受診：○/○ ショートステイ：○/○～○/○ |
|---|

本人氏名 川西 花子

代理人氏名 川西 一郎

続柄 子