

各都道府県介護保険担当課（室）御 中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

計6枚（本紙を除く）

Vol.1040

令和4年3月11日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしくお願いいたします。】

連絡先 TEL : 03-5253-1111(内線 3944、3945)  
FAX : 03-3595-4010

老発 0311 第 1 号  
令和 4 年 3 月 11 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長  
(公 印 省 略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、このたび別添のとおり改正を行い、令和 4 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

○ 要介護認定等の実施について(平成21年9月30日老発0930第5号)(抄)

(変更点は下線部)

| 現行  | 改正後  |
|---|--|
| 老発0930第5号<br>平成21年9月30日<br>老発0330第9号<br>一部改正 平成24年3月30日<br>老発0331第1号<br>一部改正 平成27年3月31日<br>老発0929第7号<br>一部改正 平成27年9月29日<br>老発0323第2号<br>一部改正 平成30年3月23日<br>老発0925第2号<br>一部改正 平成30年9月25日<br>老発0331第2号<br>一部改正 令和2年3月31日<br>老発1225第3号<br>一部改正 令和2年12月25日<br>老発0401第20号<br>一部改正 令和3年4月1日 | 老発0930第5号<br>平成21年9月30日<br>老発0330第9号<br>一部改正 平成24年3月30日<br>老発0331第1号<br>一部改正 平成27年3月31日<br>老発0929第7号<br>一部改正 平成27年9月29日<br>老発0323第2号<br>一部改正 平成30年3月23日<br>老発0925第2号<br>一部改正 平成30年9月25日<br>老発0331第2号<br>一部改正 令和2年3月31日<br>老発1225第3号<br>一部改正 令和2年12月25日<br>老発0401第20号<br>一部改正 令和3年4月1日<br><u>老発0311第1号</u><br><u>一部改正 令和4年3月11日</u> |
| 各都道府県知事 殿   | 各都道府県知事 殿  |
| 厚生労働省老健局長<br>(公印省略)   | 厚生労働省老健局長<br>(公印省略)  |
| 要介護認定等の実施について   | 要介護認定等の実施について  |

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331005 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年 10 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

#### 記

1～5 （略）

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331005 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年 10 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

#### 記

1～5 （略）

別添 1 - 1

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 令和 年 月 日

|                  |                               |  |
|------------------|-------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                        | 個人番号   |
|                  | 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   |
| 保<br>険           | 前回の要介護認定の結果等                  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2<br>有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日<br>※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入<br>転出元自治体（市町村）名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（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 ・ いいえ<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |
|                  | 過去6ヶ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<br>介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日<br>医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日<br>医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日   |

|                   |     |  |
|-------------------|-----|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に〇（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・指定介護療養型医療施設、介護医療院） |
|                   | 住 所 | 〒 電話番号   |

|       |        |        |
|-------|--------|--------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名  |
|       | 所 在 地  | 〒 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

|        |                   |
|--------|-------------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証<br>記号番号 |
| 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、〇〇市（町村）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。

本人氏名

別添 1 - 1

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 令和 年 月 日

|                  |                               |  |
|------------------|-------------------------------|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                | 個人番号   |
|                  | 医療<br>保<br>険<br>者<br>証        | 保険者番号  |
|                  | 被保険者証 記号                      | 番号 枝番  |
|                  | 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   |
| 保<br>険           | 前回の要介護認定の結果等                  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2<br>有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日<br>※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入<br>転出元自治体（市町村）名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（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 ・ いいえ<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |
|                  | 過去6ヶ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<br>介護保険施設等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日<br>医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日<br>医療機関等の名称等・所在地 期間 年 月 日～年 月 日   |

|                   |     |  |
|-------------------|-----|--|
| 提出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に〇（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・指定介護療養型医療施設、介護医療院） |
|                   | 住 所 | 〒 電話番号   |

|       |        |        |
|-------|--------|--------|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 医療機関名  |
|       | 所 在 地  | 〒 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、〇〇市（町村）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。

本人氏名

別添 1 - 2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

|             |               |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  |                            |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------|---------------|-------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|----------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号        |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 個人番号                       |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | フリガナ          |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 生年月日                       | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 氏名            |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 性別                         | 男     | ・ | 女 |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 保<br>険      | 住所            | 〒                 |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 電話番号                       |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 前回の要介護認定の結果等  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 |  |  |  |  | 要支援状態区分 1 2 |  |  |  |  | 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 險<br>者      | 変更申請の理由       |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  |                            |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 過去6月間の介護保険施設  | 介護保険施設の名称等・所在地    |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 期間                         |       | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|             | 医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地    |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 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 | 該当に〇(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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 住所 | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 所在地    | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)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。

本人氏名

別添 1 - 2

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

|             |               |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  |                            |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------|---------------|-------------------|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|----------------------------|-------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 介護保険被保険者番号    |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 個人番号                       |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 医療保険被保険者証記号   |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 保険者番号                      |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | フリガナ          |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 生年月日                       | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   |  |  |  |
| 保<br>険      | 氏名            |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 性別                         | 男     | ・ | 女 |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 住所            | 〒                 |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 電話番号                       |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| 者           | 前回の要介護認定の結果等  | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 |  |  |  |  | 要支援状態区分 1 2 |  |  |  |  | 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 変更申請の理由       |                   |  |  |  |  |             |  |  |  |  |                            |       |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 過去6月間の介護保険施設  | 介護保険施設の名称等・所在地    |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 期間                         |       | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |
|             | 医療機関等入院、入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地    |  |  |  |  |             |  |  |  |  | 期間                         |       | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |  |  |  |

|       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行者 | 名称 | 該当に〇(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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 住所 | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 所在地    | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を。〇〇市(町村)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。

本人氏名

別添 1-3

| 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<br>次のとおり申請します。                      |                   |        |  |               | 申請年月日 令和 年 月 日 |  |             |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                               | 被保険者番号            |        |  |               | 個人番号           |  |             |  |  |
|  | 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           |  |             |  |  |
| 現に受けている要介護・要支援                                 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 |        |  |               | 要支援状態区分 1 2    |  |             |  |  |
| 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 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除を求める旨 |                   |        |  |               |                |  |             |  |  |
| 種 類 指 定<br>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   |                   |        |  |               |                |  |             |  |  |
| 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                  |                   |        |  |               |                |  |             |  |  |
| 医療保険者名   |                   |        |  | 医療保険被保険者証記号番号 |                |  |             |  |  |
| 特定疾病名  |                   |        |  |               |                |  |             |  |  |

別添 2～4（略）

別添 1-3

| 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<br>次のとおり申請します。                      |                       |        |  |      | 申請年月日 令和 年 月 日 |  |             |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                               | <u>介護保険</u><br>被保険者番号 |        |  |      | 個人番号           |  |             |  |  |
|  | <u>医療保険</u><br>保険者名   |        |  |      | 保険者番号          |  |             |  |  |
|  | <u>被保険者証</u><br>記号    |        |  |      | 番号             |  | 枝番          |  |  |
|  | 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 |                |  |             |  |  |
| 現に受けている要介護・要支援                                 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5     |        |  |      | 要支援状態区分 1 2    |  |             |  |  |
| 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 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除を求める旨 |                       |        |  |      |                |  |             |  |  |
| 種 類 指 定<br>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   |                       |        |  |      |                |  |             |  |  |
| 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  |                       |        |  |      |                |  |             |  |  |

別添 2～4（略）