

綾瀬市介護保険要介護認定事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第27条に規定する要介護認定及び法第32条に規定する要支援認定（以下「要介護認定等」という。）、法第28条に規定する要介護認定の更新及び法第33条に規定する要支援認定の更新（以下「要介護更新認定等」という。）並びに法第29条に規定する要介護状態区分の変更の認定及び法第33条の2に規定する要支援状態区分の変更の認定（以下「要介護区分変更認定等」という。）事務の取り扱いについて必要な事項を定めるものとする。

(提出書類等)

第2条 要介護認定等、要介護更新認定等又は要介護区分変更認定等の申請は、介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書（第1号様式。以下「申請書」という。）に介護保険被保険者証を添付し提出するものとする。

2 申請に係る被保険者が、法に規定する第2号被保険者である場合は、申請書の提出にあたって医療保険被保険者証を提示しなければならない。

(申請)

第3条 前条第1項の申請書を提出できる者（以下「申請者」という。）は、要介護認定等、要介護更新認定等又は要介護区分変更認定等を受けようとする被保険者及びその家族、法令で定める提出代行者並びに要介護認定等、要介護更新認定等又は要介護区分変更認定等を受けようとする被保険者から代理人として選任された者とする。

(主治医意見書)

第4条 市は、申請に係る被保険者の主治医に対し、当該被保険者の状況について介護保険主治医意見書提出依頼書（第2号様式）により意見を求めるものとする。

2 申請にあたり被保険者に主治医がないとき、又はその他主治医意見を求めることが困難な場合は、介護保険診断命令書（第3号様式）を交付し、市が指定する医師（以下「指定医」という。）の受診を指示するものとする。この場合、市は、介護保険主治医意見書提出依頼書（第2号様式）により、指定医に主治医意見書の作成を依頼するものとする。

(訪問調査)

第5条 法第27条第2項に規定する調査（以下「訪問調査」という。）は、介護支援専門員の資格を有する職員、保健師、看護師、社会福祉主事及び高齢者の心身の状況について専門知識を有する職員（以下「訪問調査員」という。）があたる。

2 訪問調査は、指定居宅介護支援事業者等に委託することができる。

3 訪問調査員は、介護保険調査員証（第4号様式）を所持し、訪問調査にあたり必要があるときはこれを提示しなければならない。

(認定結果の通知)

第6条 市長は、介護認定審査会から審査及び判定結果について通知を受けたときは、介護認定を決定し、介護保険（要介護・要支援）認定等結果通知書（第5号様式）により、速やかに申請に係る被保険者に通知するものとする。

(申請の却下)

第7条 法第27条第12項又は法第32条第9項並びに法第28条第4項及び第33条第4項の規定に基づき申請を却下するときは、介護保険（要介護・要支援）認定申請却下通知書（第6号様式）により通知するものとする。

(要介護認定等の取消し)

第8条 法第31条及び法第34条の規定に基づき認定の取消しをするときは、介護保険（要介護・要支援）認定取消通知書（第7号様式）により通知するものとする。

(サービスの種類の指定)

第9条 要介護認定等において、介護保険給付対象サービス（以下「サービス」という。）の種類の指定を受けた被保険者が、当該指定に係るサービスの種類の変更を申請するときは、介護保険サービスの種類変更申請書（第8号様式）により、申請するものとする。

2 前項の申請に基づきサービスの種類の指定を変更するときは、介護保険サービスの種類指定結果通知書（第9号様式）により、申請に係る被保険者に通知するものとする。

(処分期間の延期)

第10条 第4条の主治医意見書の取得、第5条の訪問調査に時間を要する場合等特別な事由がある場合は、法第27条第11項ただし書の規定に基づき、申請のあった日から30日以内に、介護保険（要介護・要支援）認定延期通知書（第10号様式）により通知するものとする。

式)により通知するものとする。

(委任)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要綱の施行の日前に従前の規定に基づき、行われた手続きについては、この要綱の相当規定で行われたものとみなす。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年4月26日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の様式に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、必要な調整をして使用することができる。

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

申請年月日 年 月 日

(宛先) 綾瀬市長
次のとおり申請します。

要介護度区分の変更	該当・非該当
-----------	--------

被 保 険 者	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
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒252- 綾瀬市 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 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	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
	入院又は入所されている方	施設名	(病棟 階 号室)	
		所在地	〒 電話番号 ()	
	退院・退所予定日	年 月 日 / 未定		
	転出元自治体(市町村)名 []	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・いいえ (「はい」の場合、申請日 年 月 日)		

提出 代 行 者	名称 又は 氏名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 被保険者との関係 ()	私は、左記の提出代行者に申請手続きの代行を依頼しました。 被保険者氏名 (認定を受けようとしている人)
	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 ()

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、綾瀬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

注) この同意がなくても申請には差し支えありません。その場合、介護サービス計画を作成するために必要な情報は、被保険者の方が直接提供してください。

* 40歳から64歳(第2号被保険者)の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

介護保険 主治医意見書提出依頼書

年 月 日

様

綾瀬市長 印

次の者について同封の「介護保険主治医意見書」を記入のうえ 年 月 日までにご返送ください。

被 保 険 者	被保険者番号																		
	フリガナ																		
	氏 名												生年月日	年 月 日					
													性 別						
住 所																			
電話番号																			

【問い合わせ先】

綾瀬市役所

福祉部 高齢介護課 介護保険担当

TEL : 0467-70-5636 (直通)

（表）

介護保険調査員証	
氏 名 生年月日	
上記の者は、綾瀬市介護保険要介護認定の訪問調査員であることを証明する。	
年 月 日	綾 瀬 市 長 印

（裏）

注 意 事 項
1 この調査員証は、職員の身分を明確にするため常に携帯し、職務の執行にあたり、必要に応じて提示しなければならない。
2 この調査員証は、取扱いを慎重にし、他人に貸与又は譲渡してはならない。
3 訪問調査員の職務が免じられた場合は、直ちに返還しなければならない。

介護保険サービスの種類変更申請書

綾瀬市長様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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	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 ()	
	介 護 保 険 施 設 入 院 入 所 の 有 無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名	
所在地				
無		介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名		
		所在地		

提 出 代 行 者 等	名 称 又は 氏 名	該当に○（居宅介護支援事業者・介護保険施設・社会保険労務士・その他） その他の場合の被保険者との関係 ()
	住 所	〒 電話番号 ()

現 に 受 け て い る 要 介 護 ・ 要 支 援 認 定 の 内 容	認定結果	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・ 要介護4・要介護5
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
新たに指定を受けようとするサービスの種類		
種類指定変更理由		

主 治 医	主治医の氏名	医 療 機 関 名
	所在地	電話番号 ()

* 40歳から64歳（2号被保険者）の方のみ記入してください。

特定疾病名		
-------	--	--

