要介護認定申請書等の様式変更

１．認定申請等に係る様式の一部変更について

令和８年 11 月から下記の様式を変更しますのでお知らせいたします。

①介護保険　要介護・要支援（認定・更新）申請書　（別添 2）

②介護保険　要介護・要支援認定区分変更申請書　（別添 4）

（老発 0930 第５号）「要介護認定等の実施について」の一部改正について（介護保険最新情報 vol.1439）にて包括同意の取得に対応した認定申請書の標準様式が国から示されたことを受け、当市におきましても国の様式に揃える形での様式変更を行います。

※包括同意の取得については別添 5 の資料もご参照ください。

（変更内容）

情報提供に関する同意文について、介護情報基盤への連携開始に向けて包括同意を取得する内容に変更します。

2．様式変更の移行手順について

新様式での申請は令和８年 11 月から受付を開始します。令和８年 11 月以降の申請時は新様式を使用してください。申請書の新様式につきましては、当市ホームページからダウンロード可能です。

新様式移行への経過措置として、令和 8 年 12 月までは旧様式での申請も可能とします。ただし、旧様式の認定申請書を用いる場合は「同意書（包括同意）」を併せて提出してください。（別添５）「同意書（包括同意）」についても、当市ホームページからダウンロード可能です。

令和９年１月以降は新様式へ完全に移行するため旧様式での申請は受け付けられません。

旧様式

別添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

西之表市長　様

次のとおり申請します。　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者

介護保険被保険者番号		個人番号					
医療保険者名		医療保険者番号					
被保険者証	記号		番号		枝番		生活保護 □
フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日				
氏名		性別	男　・　女				
住所	〒	(集落名:　)					
		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					
		有効期限　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日					
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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　令和　年　月　日					
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、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					
	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					
	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）
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	

認定等結果通知書及び被保険者証送付先	□ 被保険者　(　) □ 提出代行者(　) □ その他(　)

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、西之表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。

申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。(更新申請の場合のみ)

本人氏名

新様式

別添2

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

西之表市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　年　月　日

被保険者

介護保険被保険者番号		個人番号	
医療保険者名		医療保険者番号	
被保険者証	記号	番号	枝番 / 生活保護 □
フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
氏名		性別	男　・　女
住所	〒 (集落名：　) 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 有効期限　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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　令和　年　月　日
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、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
	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○（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）
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	

認定等結果通知書及び被保険者証送付先	□ 被保険者　（　） □ 提出代行者（　） □ その他（　）

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、西之表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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。（更新申請の場合のみ）

本人氏名

旧様式

別添3

介護保険　要介護認定・要支援認定　　区分変更申請書

西之表市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険者名		医療保険者番号		
	被保険者証	記号	番号	枝番	生活保護 □
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏名		性別	男　・　女	
	住所	〒 (集落名:　　)	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			
		有効期間　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		
		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○（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）	
	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	

認定等結果通知書及び被保険者証送付先	□ 被保険者　（　　） □ 提出代行者（　　） □ その他（　　）

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、西之表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

新様式

別添4

介護保険　要介護認定・要支援認定　　区分変更申請書

西之表市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険者名		医療保険者番号		
	被保険者証	記号	番号	枝番	生活保護 □
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
	氏名		性別	男　・　女	
	住所	〒 (集落名:　　)	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 有効期間　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		
		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○（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）		
	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	

認定等結果通知書及び被保険者証送付先	□ 被保険者　（　　） □ 提出代行者（　　） □ その他（　　）

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、西之表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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名

別添5

同意書（包括同意）

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、西之表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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

令和　　年　　月　　日

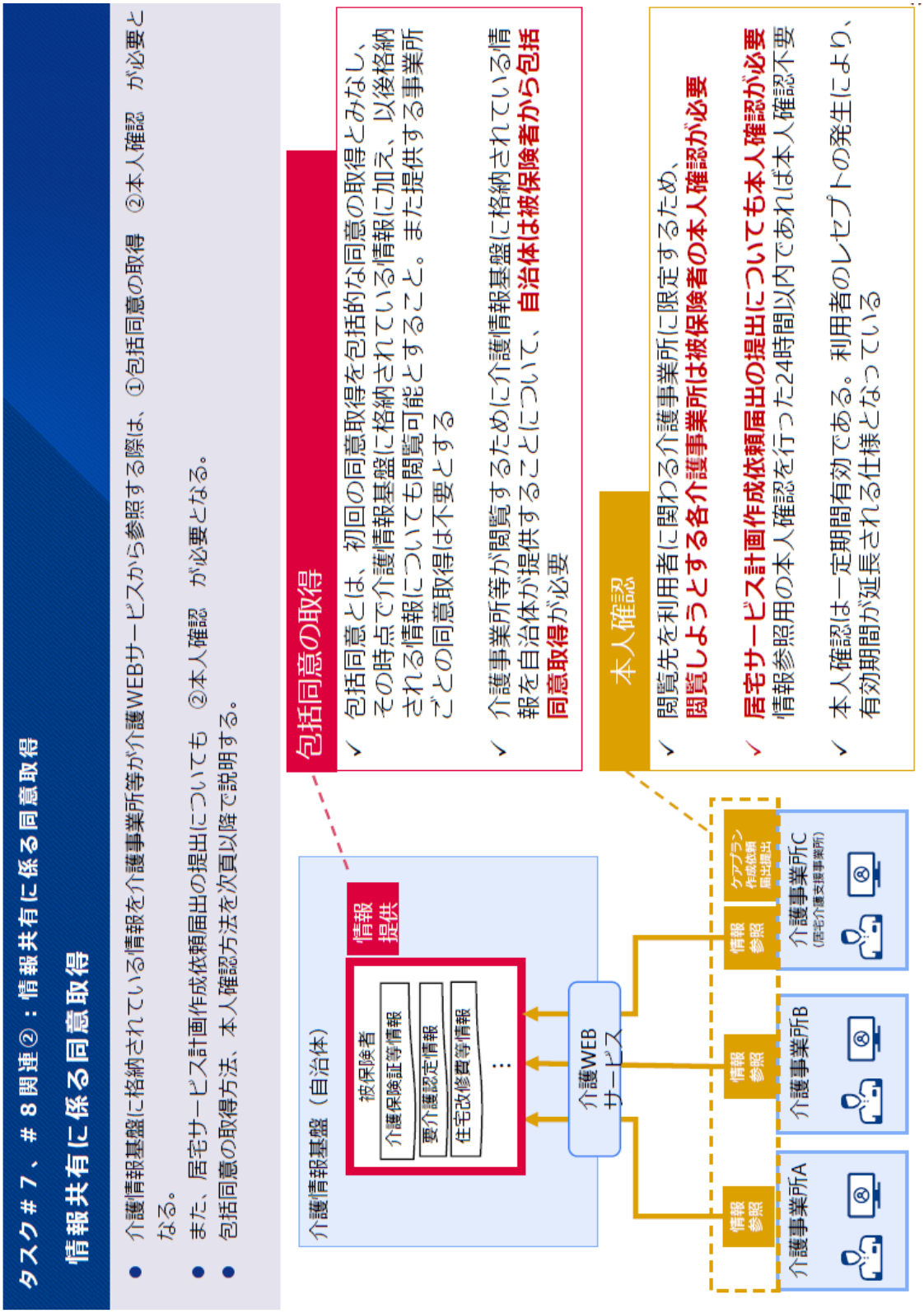
本人氏名

同意書（包括同意）の提出について

介護情報基盤への情報連携開始に向けて申請時に包括同意の取得を行うため、令和８年 11 月に認定申請書の様式を変更いたしました。

旧様式の認定申請書を用いる場合は、「同意書（包括同意）」を併せて提出してください。

別添6



（厚生労働省）第二回介護情報基盤に係る自治体説明会　広域連合・一部事務組合向けから抜粋

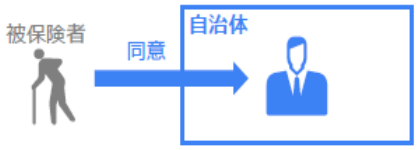
タスク＃７、＃８関連②：情報共有に係る同意取得

包括同意　包括同意取得の方法

- 包括同意は、令和８年４月１日以降（１）新規に要介護・要支援認定申請※を行う被保険者の場合　（２）すでに要介護・要支援認定を受けて介護サービスを利用している被保険者の場合　とで、それぞれ下に示すタイミング・方法で取得可能。

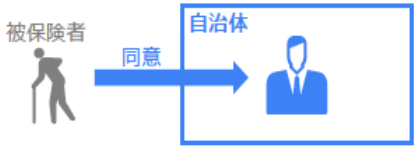
（１）新規に要介護・要支援認定申請※を行う被保険者の場合

- ✓ 被保険者の要介護認定申請時に、**自治体**が同意を取得
- ✓ 「要介護（更新）認定申請書・認定区分変更申請書」に設ける同意欄で同意取得する　（次頁参照）



（２）すでに要介護・要支援認定を受け介護サービス利用中の被保険者の場合

- ✓ 被保険者の要介護認定の次回申請時や個別の申し出時に、**自治体**が同意を取得
- ✓ （１）同様の同意欄で同意取得する



- ✓ 要介護認定の次回申請時において同意を取得するまでの間は、**自治体に代わり、居宅介護支援事業所や施設・居住系サービス等の介護事業所**が同意を取得することも可能
- ✓ 自治体に代わって介護事業所が同意を取得する際は、介護WEBサービスを用いて取得する
  （４情報入力 または マイナンバーカードによる24時間以内の本人確認が必要。「 本人確認 本人確認の方法」の頁参照）

