

各都道府県介護保険主管部（局） 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8枚（本紙を除く）

Vol.804

令和2年3月31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
よろしく願いいたします。 】

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

老 発 0331 第 2 号
令和 2 年 3 月 31 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、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 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、このたび別添の通り改正を行い、令和 2 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
1 (略) 2 要介護認定に係る調査の実施者 (1) (略) (2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。 (3) 略 (4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「調査対象者」という。))に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。 3～5 (略)	1 (略) 2 要介護認定に係る調査の実施者 (1) (略) (2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。<u>なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。</u> (3) (略) (4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人<u>に所属する介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者</u>、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「調査対象者」という。))に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。 <u>介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。</u> <u>① 規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者</u> <u>② 認定調査に従事した経験が1年以上である者</u> 3～5 (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 平成 年 月 日

被 保 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																													
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	「要介護・要支援更新認定の要件のみ記入」 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日																														
	※14歳以内に出産後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 平成 年 月 日																														
有 ・ 無	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										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	原則に〇（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） 印									
	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 保 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																													
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	「要介護・要支援更新認定の要件のみ記入」 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																														
	※14歳以内に出産後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																														
有 ・ 無	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										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	原則に〇（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） 印									
	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 平成 年 月 日

被 保 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	平										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										
保 険 者	有効期限	平成 年 月 日 から 平成 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										
	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											

提出代行書	名 称	群馬に〇（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、介護療養型医療施設） 印									
	住 所	平									
		電話番号									

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	平										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 保 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	平										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										
保 険 者	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										
	医療機関等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											

提出代行書	名 称	群馬に〇（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、介護療養型医療施設） 印									
	住 所	平									
		電話番号									

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	平										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

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 次のとおり申請します。										申請年月日					平成		年		月		日				
被 保 険 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														
	親に受けている 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									
										有効期間 平成 年 月 日 から 平成 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親に受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨																									
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				

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																								

介護保険 サービスの種類指定変更申請書																									
○○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 保 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														
	現在受けている 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在受けているサービスの種類の記載の消除を求める旨																									
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								

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）

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて動転を出している等、通常の状態でない場合は調査を中止して下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
よりがな			
記入者氏名		所属機関	

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
よりがな			
対象者氏名		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電 話	- -
家族等連絡先	〒 -	電 話	- -
氏名（ ） 調査対象者との関係			

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数記入。(介護予防) 福祉用具貸与は調査日時迄の、特定(介護予防) 福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)			
☐ 訪問介護(ヘルパー)・訪問型サービス	月 回	☐ (介護予防) 福祉用具貸与	品目
☐ (介護予防) 訪問入浴介護	月 回	☐ 特定(介護予防) 福祉用具販売	品目
☐ (介護予防) 訪問看護	月 回	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ (介護予防) 訪問リハビリテーション	月 回	☐ 夜間対応型訪問介護	月 日
☐ (介護予防) 居宅療養管理指導	月 回	☐ (介護予防) 認知症対応型通所介護	月 日
☐ 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	☐ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	月 日
☐ (介護予防) 通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	☐ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	月 日
☐ (介護予防) 短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
☐ (介護予防) 短期入所療養介護(療養ショート)	月 日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月 日
☐ (介護予防) 特定施設入居者生活介護	月 日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
☐ 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
☐ 市町村特別給付 []			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設利用	施設連絡先
☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護専用施設(グループホーム) ☐ 特定施設入居者生活介護専用施設(ケアハウス等) ☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）（略）

（別添２）

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて動転を出している等、通常の状態でない場合は調査を中止して下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	令和 年 月 日	実施場所	自宅内・自宅外（ ）
よりがな			
記入者氏名		所属機関	

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護（ ）
よりがな			
対象者氏名		性別 男・女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電 話	- -
家族等連絡先	〒 -	電 話	- -
氏名（ ） 調査対象者との関係			

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 (認定調査を行った月のサービス利用回数記入。(介護予防) 福祉用具貸与は調査日時迄の、特定(介護予防) 福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)			
☐ 訪問介護(ヘルパー)・訪問型サービス	月 回	☐ (介護予防) 福祉用具貸与	品目
☐ (介護予防) 訪問入浴介護	月 回	☐ 特定(介護予防) 福祉用具販売	品目
☐ (介護予防) 訪問看護	月 回	☐ 住宅改修	あり・なし
☐ (介護予防) 訪問リハビリテーション	月 回	☐ 夜間対応型訪問介護	月 日
☐ (介護予防) 居宅療養管理指導	月 回	☐ (介護予防) 認知症対応型通所介護	月 日
☐ 通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	☐ (介護予防) 小規模多機能型居宅介護	月 日
☐ (介護予防) 通所リハビリテーション(デイケア)	月 回	☐ (介護予防) 認知症対応型共同生活介護	月 日
☐ (介護予防) 短期入所生活介護(ショートステイ)	月 日	☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日
☐ (介護予防) 短期入所療養介護(療養ショート)	月 日	☐ 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護	月 日
☐ (介護予防) 特定施設入居者生活介護	月 日	☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回
☐ 看護小規模多機能型居宅介護	月 日		
☐ 市町村特別給付 []			
☐ 介護保険給付外の在宅サービス []			

施設利用	施設連絡先
☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護施設 ☐ 認知症対応型共同生活介護専用施設(グループホーム) ☐ 特定施設入居者生活介護専用施設(ケアハウス等) ☐ 医療機関(医療保険適用療養病床) ☐ 医療機関(療養病床以外) ☐ その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）（略）

(別添3)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 _____
医療機関名 _____ 電話 () _____
医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	平成 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

2～5 (略)

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒 ー
	明・大・昭 年 月 日生(歳)		
明・大・昭 年 月 日生(歳)		連絡先 ()	

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに ☐ 同意する。 ☐ 同意しない。

医師氏名 _____
医療機関名 _____ 電話 () _____
医療機関所在地 _____ FAX () _____

(1) 最終診察日	令和 年 月 日
(2) 意見書作成回数	☐ 初回 ☐ 2回目以上
(3) 他科受診の有無	☐ 有 ☐ 無 (有の場合)→ ☐ 内科 ☐ 精神科 ☐ 外科 ☐ 整形外科 ☐ 脳神経外科 ☐ 皮膚科 ☐ 泌尿器科 ☐ 婦人科 ☐ 眼科 ☐ 耳鼻咽喉科 ☐ リハビリテーション科 ☐ 歯科 ☐ その他 ()

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日
1. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 〔最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

2～5 (略)

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 者	番 号																										
	フリガナ																										
	氏 名																										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女																					
	住 所 (転出先予定)																										
	異動予定日	平成	年	月	日																						
上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。 平成 年 月 日 〇 〇 市（町 村） 長 公 印 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>認定済 ・ 申請中</td> <td>申請年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>認定年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定の有効期間</td> <td colspan="2">平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効</td> </tr> <tr> <td>利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)</td> <td colspan="2">割 ()</td> </tr> <tr> <td>介護認定審査会の意見</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										認定済 ・ 申請中	申請年月日		要介護状態区分	認定年月日		認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効		利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()		介護認定審査会の意見			備 考		
認定済 ・ 申請中	申請年月日																										
要介護状態区分	認定年月日																										
認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効																										
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()																										
介護認定審査会の意見																											
備 考																											

裏面に注意事項を記入

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 者	番 号																										
	フリガナ																										
	氏 名																										
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女																					
	住 所 (転出先予定)																										
	異動予定日	令和	年	月	日																						
上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。 令和 年 月 日 〇 〇 市（町 村） 長 公 印 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>認定済 ・ 申請中</td> <td>申請年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>要介護状態区分</td> <td>認定年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定の有効期間</td> <td colspan="2">平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効</td> </tr> <tr> <td>利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)</td> <td colspan="2">割 ()</td> </tr> <tr> <td>介護認定審査会の意見</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>備 考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>										認定済 ・ 申請中	申請年月日		要介護状態区分	認定年月日		認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効		利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()		介護認定審査会の意見			備 考		
認定済 ・ 申請中	申請年月日																										
要介護状態区分	認定年月日																										
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効																										
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()																										
介護認定審査会の意見																											
備 考																											

裏面に注意事項を記入