

各都道府県介護保険担当課（室）

各市町村介護保険担当課（室）

各介護保険関係団体 御中

← 厚生労働省 老健局老人保健課

資料No.3-2

## 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 25 枚（本紙を除く）

Vol.1439

令和7年11月20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 1120 第 2 号  
令和 7 年 11 月 20 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 日付老発 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、今般別添のとおり改正を行い、令和 8 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

なお、本通知の適用の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村、広域連合、一部事務組合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。

改正後

(様式第7号)

様式第7号

保険者記入欄	保険証の回収	調査票・意見書の発行	資格者証発行	申請者番号
--------	--------	------------	--------	-------

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

鯖江市長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号					個人番号					
	医療保険 被保険者名		保険者番号							
医療保険 記号・番号	記号	番号		枝番						
	フリガナ	生年月日		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					
	有効期間 年 月 日から 年 月 日									
過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日					
提出代行代理者	名(氏称)	(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、親族)※該当に○								
住所	〒 電話番号( ) ー									
主治医等	主治医の有無	有・無	有の場合は直近の受診月		年 月					
主治医の氏名	医療機関名									
所在地	〒 電話番号									
第2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、主治医意見書、鯖江市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者または介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、鯖江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も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、主治医意見書に係る医師また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

改正前

(様式第7号)

様式第7号

保険者記入欄	保険証の回収	調査票・意見書の発行	資格者証発行	申請者番号
--------	--------	------------	--------	-------

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

鯖江市長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号					個人番号					
	医療保険 被保険者名		保険者番号							
医療保険 記号・番号	記号	番号		枝番						
	フリガナ	生年月日		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					
	有効期間 年 月 日から 年 月 日									
過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無	有・無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日					
提出代行代理者	名(氏称)	(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、親族)※該当に○								
住所	〒 電話番号( ) ー									
主治医等	主治医の有無	有・無	有の場合は直近の受診月		年 月					
主治医の氏名	医療機関名									
所在地	〒 電話番号									
第2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										

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成する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・意見および主治医意見書を、鯖江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も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また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

改正後

(様式第8号)

様式第8号

保険者記入欄	保険証の回収	調査票・意見書の発行	資格者証発行	申請者番号
--------	--------	------------	--------	-------

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

鯖江市長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被保険者	介護保険被保険者番号											個人番号										
	医療保険被保険者名											保険者番号										
	被保険者記号・番号	記号						番号						枝番								
	フリガナ											生年月日						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	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
		有効期間 年 月 日から 年 月 日																				
	変更申請の理由																					
過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無	有	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日																		
	無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日																		

提出代行代理者	名称(氏名)	(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、親族)※該当に○										被保険者との続柄										
	住 所	〒										電話番号( )	—									

主治医等	主治医の有無	有 ・ 無	有の場合は直近の受診月	年 月																		
	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第2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、主治医意見書、鯖江市が提供を受けた介護サービス計画および介護予防サービス計画ならびに居宅サービス事業者または介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、鯖江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も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、主治医意見書に係る医師また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

改正前

(様式第8号)

様式第8号

保険者記入欄	保険証の回収	調査票・意見書の発行	資格者証発行	申請者番号
--------	--------	------------	--------	-------

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

鯖江市長 様  
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被保険者	介護保険被保険者番号											個人番号										
	医療保険被保険者名											保険者番号										
	被保険者記号・番号	記号						番号						枝番								
	フリガナ											生年月日						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	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
		有効期間 年 月 日から 年 月 日																				
	変更申請の理由																					
過去6か月間の介護保険施設・医療機関等入所・入院の有無	有	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日																		
	無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日																		

提出代行代理者	名称(氏名)	(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、親族)※該当に○										被保険者との続柄										
	住 所	〒										電話番号( )	—									

主治医等	主治医の有無	有 ・ 無	有の場合は直近の受診月	年 月																		
	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第2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																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画または介護予防サービス計画を作成する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・意見および主治医意見書を、鯖江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も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また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