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 よろしくお願いいたします。

連絡先 TEL: 03-5253-1111(内線 3944、3945)

FAX: 03-3595-4010

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)現行

(変更点は下線部)

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</u>が行うことを基本とする。

改正後

(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、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。

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。

- 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
- ② 認定調査に従事した経験が1年以上である者

3~5 (略)

(別連1-1) 要介護認定・要支援認定 介護保険「 申請書 要介護更新認定・要支援更新認定 〇〇市(町村)長様 申請年月日 年 平成 Я 次のとおり申請します 被保険者番号 個人番号 2111 7 生年月日 明・大・昭 年 月 В Et. 名 性 別 住 断 電話番号 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 "要介质·要 支援要申取 変の場合の 有効期限 平成 B 年 月 日から平成 年 月 前回の要介護 第14 看证券 態定の結果等 駐出元自治体 (市町村) 名 [ に無量無確 から戦入し 大権のみ駆 調在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に確定業業品は企長が取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい - いいえ 「はい」の場合、早請日 平成 年 · 間隔資格設率の名を書・所在地 適当5月間の 介護保険施設。 斯蘭 年 州 日~ 年 月 日 医療機関等への 入院、入所の **弁護基論施設等の条款等・形在地** 期間 年 月 日~ 年 月 日 ACCESONNO - NAM 期間 年 月 日~ 年 月 日 ■ 使用 関 中の 単 特 申 - 所 作 担 书 - 無 朝曜 年 月 日一 年 月 日 数単に〇(地域也将女権センター・身名介護女権事事者・指定介護者人事社権教・介護者人保護施政・指定介護権養登高権施教、介護医療院) 名称 住 所 電話番号 医療機關名 主治医の氏名 主治医 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 医療保險被保險者証 紀号番号 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、要介護総定・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、樹宅介護支援事業者、周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                             | 镁保防 |                                 |       |        |              |       |      | 要支援支持         |         |            |              |       | 申    | 請        |     |     |
|-----|--------------------------------|-----|---------------------------------|-------|--------|--------------|-------|------|---------------|---------|------------|--------------|-------|------|----------|-----|-----|
| -   | 〇市(町)                          |     |                                 | 250   | 37 - 3 | 25 - 25      | 732   |      | 申請年           | 月日      |            | <u>令和</u>    | L     | 年    |          | я   | į   |
|     | 被保険者                           | 番号  |                                 |       | П      | П            |       | П    | 個人            | 番号      |            |              |       |      | П        | П   | П   |
| 1   | 75à*                           | ,   | المانتيا                        | -     | -      | _            |       |      | 生年            | 月日      | BI         | · *          | - 88  | =    |          | n n | _   |
| Ì   | Æ,                             | 名   |                                 |       |        |              |       | Ĵ    | 性             | 91      | 9          | 0990         | 男     | *:   |          | ġ.  | _   |
|     | 住                              | 所   | Ŧ                               |       |        |              |       | 85   | 118           |         | 15.<br>15. |              |       |      |          |     |     |
|     |                                | 1   |                                 | 事介    | 78 11  | <b>89</b> (5 | 5分:   | 0 3  | 1 0 1         | 4       | 5          | 20           | 本郷    | 状態以  | 7.43     | 7   | 2   |
|     |                                |     | ・部介性・事<br>支援更新語<br>党の場合の<br>み能入 | 92000 | 2000   |              | 2 - 会 | 10.1 | #             | 2.25    | 9.0        | th 6 s       | -8357 | #    | Я        | 510 | E   |
| į.  | 前回の要                           |     |                                 |       |        |              | 密釈を   |      |               | · PR    |            | 1            | D TH  | - 4  | ,        | 1:  | -   |
|     |                                |     | に信息法律<br>から取入し<br>土者のみ製         |       |        |              |       |      | 機・要:<br>6番余は「 |         |            |              |       |      | ę,       |     | 161 |
| Š   | 過去を月間の                         | 0   | -                               | N=0   | 9 M M  |              | 所在地   | Tid  | in o          | 操作.     | 100        |              | F 155 | #    | 100      | Ħ.  |     |
|     | 少据保險施<br>医療機関等<br>入院、入所(<br>有無 | -0  | ****                            | ₩₩a   | o #i   | •            | 灰化地   |      |               | 5)      | N M        | #            | я     | 8~   | #        | Я   |     |
|     | W->0                           | Š   | *****                           | 0.8   |        | M 4c         | in.   |      |               | T       | 期間         | =            | н     | 8-   | #        | я   |     |
|     | * -                            | #   | ****                            | 0.4.9 |        | 肝療           | 抽     |      |               |         | A) M       | =            | ĸ     | 8-   | #        | Я   | P   |
|     | 名称                             | ##I | 0 (地域包括光谱                       | #>#-  | - 8%   | <b>介護女</b> 性 |       | 海支介  | 提示人權1         | inn.    | 介展を入       | <b>作業換</b> 斯 | - 推定化 | Henr | E # R.P. |     |     |
|     | 住 所                            | Ŧ   |                                 |       |        |              |       |      | ,             | r and a | 뒝          |              |       |      |          | -   | Ð   |
|     |                                | 主治  | 医の氏名                            |       |        |              |       |      |               | 医       | 東機器        | 名            |       |      |          |     |     |
| 979 | 主治医                            | 新   | 在 地                             | Ŧ     |        |              |       |      |               |         | 電話         | 番号           |       |      |          |     |     |
| _   |                                | _   | 40 最から                          | 64 🙊  | の医     | 療保           | 験加    |      | 100000        | -       |            |              |       |      |          |     |     |
| ā   | 療保險者名                          | -   |                                 |       |        |              |       |      | 保険            | 板保      | 医 看 1      | t.           |       |      |          |     |     |
| ÷   | 定疾病名                           |     |                                 |       |        |              |       |      |               |         |            |              |       |      |          |     | _   |

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、間宅介護支援事業者、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。

本人压名

| 00    | 方 (町村)                   | OF THE STREET | 49000    | j  | <b>平介</b> | 護部           | 忍定         |     | 支要    | 接割    | 8定       | 区分     | 变    | 更申    | i ii | 1   |     |      |    |
|-------|--------------------------|---------------|----------|--|-----------|--------------|------------|-----|-------|-------|----------|--------|------|-------|------|-----|-----|------|----|
| -     | 欠のとおり                    |               | -        |  | -         |              | -10        | 200 | 申     | 請年月   | B        | 1.1    | 区度   | 2.03  | 年    |     | Я   |      | B  |
|       | 被保険者                     |               | 55.36    | (C)                                      |           |              | 35         | 353 |       | 個人    | 番号       |        | 355  | 227   |      |     | 358 | Ц    | Į. |
|       | 795 7                    | 1             | -        |  |           | 200          |            |     | -     | 生年    | 月日       | 明      | · 大  | 明     | 4    | Ŧ   | ,   | ř.   |    |
|       | 氏                        | 8             |          |  |           |              |            |     |       | 性     | 別        | 1      | į    | 5     | 125  | 1   | 7   | t    |    |
| 袖     | 住                        | Ħ             | Ŧ        |  |           |              |            |     | - !   |       | 話番       |        |      |       |      |     |     |      |    |
| 保     |                          |               | 高小       | 題状態                                      | 1000年     | . 1          | 9          | 3   | 4     |       | 100      | 200    | 22 M | 包分    | 1    |     | 2   |      | _  |
| -     | 前回の要                     |               |          | 期限                                       | 100       | 速            | 年          |     | A     | 42    | 106      |        |      | 年     | - 50 | 月   | 8   | E    | 1  |
| 険     | 変更申請の<br>理由              | D             |          |  |           |              |            |     |       |       |          |        |      |       |      |     |     |      |    |
|       | 過去6月間                    |               | 介護       | <b>B被拖</b>                               | 候の名       | 养羊           | - 所在       | 地   |       |       |          | N.M.   | #    | а     | 8    | e · | 4   | R    |    |
| 者     | 介護保険()<br>医療機関等<br>入院、入門 |               | 介膜包      | ( )                                      | 後の名       | 称事           | ・所在        | 地   |       |       | -        | 朝架     | #    | А     | 1000 | -   | -   | M    |    |
|       | 有無                       | 000           | 医療       | - 12                                     | の名称       | <b>*</b> - I | ※ 在地       |     |       |       |          | N.M.   | #    | я     | В    | 4   | #   | д    | 1  |
|       | # .                      | ##            | ER       | ###                                      | の名称       | <b>*</b> - I | <b>別在地</b> |     |       |       |          | MM     | =    | я     | В    | -   | #   | я    | -  |
| 提出代行者 | 名 称 住 所                  | <b>維</b> 無に(  | O CHEMPS | E SE | r>\$−.    | 最初的          | #±54       |     | 推定介   | 接电人等的 | enen - s | 接电人的   | ***  | - 推定介 | 841  | 125 | **  | · 分類 |    |
|       | S. (600)                 | 5             |          |  |           |              |            |     |       | 1     | 話者       | 号      |      |       |      |     |     |      | _  |
|       |                          | 主治            | 医の       | 氏名                                       |           |              |            |     |       |       | 医療       | 機関     | 名    |       |      |     |     |      | _  |
| ***   | 主治器                      | 所             | 在        | 地  | Ŧ         |              |            |     |       |       |          | e list | 号    |       |      |     |     |      |    |
| 8:    | - 号被保険                   | <b>*</b> (4   | 0 級力     | 6 64                                     | 歳の        | 振療           | 保練         | 加入  | 看)    | 021   | 尼入       |        |      |       |      |     |     |      |    |
|       | 療保険者名                    |               |          |  |           |              |            |     | 医療    | 保険    |          | 者且     |      |       |      |     |     |      |    |
| 特     | 定疾病名                     | 1             |          |  |           |              |            | -   | and " | JM 74 |          |        |      |       |      |     |     |      | _  |

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、及び主治協意見書を。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 股の関係人、主治協意見書を記載した国師又は認定調査に従事した調査員に提示することに尚意し

本人氏名

|      | の市 (町村)    | 1015                                    |        | ۲.    |          |                |               |        | 申請年月         | 8      | 会和    | Q .      | 年      | ,    | 1   | В |
|------|------------|---|--------|-------|----------|----------------|---------------|--------|--------------|--------|-------|----------|--------|------|-----|---|
|      | 被保険者       | 番号                                      |        |       | .0110    | 10-110         | 1             |        | 個人都          | 号      |       | П        | 702-73 |      |     |   |
|      | 79à'       |   |        |       |          |                |               |        | 生年月          | 18     | 明 - 大 | - 昭      | 年      | ,    | 1   | E |
| 被    | 氏          | 名                                       |        |       |          |                |               |        | 性            | 91     |       | 男        | 18     |      | 女   |   |
| mx.  | 住          | 所                                       | T      |       |          |                |               |        |              | 語番号    |       |          |        |      |     |   |
| 保    | 前回の要       | 介護                                      | 要介     | ·護状   | 意区       | 分 1            | 2             | 3      | 4 5          | 要支     | 摄状    | 8区分      | 1      | 2    |     |   |
|      | 認定の結       | -                                       | 有效     | 期報    | <u> </u> | 成 . 4          | 6和            | 年      | Я            | 日か     | ら合和   | g s      | 年      | 角    | В   | ň |
| R    | 変更申請<br>理由 | o .                                     |        |       |          |                |               |        |              |        |       |          |        |      |     |   |
|      | 過去6月       | 7.0%                                    | 介護     | 经缺陷   | 数の       | 6称等-           | 所在地           |        |              | 205    | e =   | Я        | 8~     | #    | и   | B |
| 首    | 医療機関入院、入   | *                                       | 介護     | 保険施   | 酸の物      | 5称等。           | 育在地           | ŀ      |              | AL S   |       | Я        | 8~     | #    | A   | 8 |
|      | 有無         | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 医療     | # M # | の名す      | 8年 - 所         | 在堆            |        |              | A15    | . =   | я        | 8~     | =    | и   | B |
|      | 有・         | 無                                       | 医療     | **    | 081      | 8 <b>=</b> - N | 在堆            |        |              | 415    | . =   | А        | 8~     | #    | A   | B |
| 提出   | 名称         | 教養に                                     | D (May | 地名文技  | センター     | 、 馬号の          | <b>東京技事</b> 事 | 4 - 93 | 介護老人福祉的      | ER-AME | 人保養進  | 段 - 推定   | 介護療養型  | Sant |     |   |
| 出代行者 | 住 所        | ₹                                       |        |       |          |                |               |        |              | 話番号    |       |          |        |      | E C | £ |
|      | 0-         | 主治                                      | 匿の     | 氏名    |          |                |               |        | Ť            | 医療機    | 関名    | Ϊ        |        |      |     |   |
| 404  | 主治医        | 所                                       | 在      | 地     | Ŧ        |                |               |        | - !          | RI     | 番号    | <b>5</b> |        |      |     |   |
| g -  | 号被保険       | ** (A                                   | 0 📂    | MAR   | 4 60     | の標準            | 保験が           | 入老     | ) <b>ത</b> ച | λ      |       |          |        |      |     |   |
|      | 療保険者名      |   | -      |       | 7 86. 7  | P HOLLIN       | PO BOLING     | 医      | 療保険被<br>母番号  |        | H     |          |        |      |     |   |
| 特    | 定疾病名       | Ť                                       |        |       |          |                |               | ni.    | 7 # 7        |        | -1-   |          |        |      |     | _ |

殿の関係人、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

| eventures you have the | A PARTY TO SELECT AND A SECOND REAL PROPERTY.  |   | 7 100  | (1-3)  | 0.000  | Marine Av. 157-  |                              |   |
|------------------------|--|---|--|--|--|------------------|------------------------------|---|
| 介護保険 サービス(             | の種類指定変更申請  | *   |  |  | 介護保  | 保険 サービス          | の種類指定変                       | 更申請書                                    |
|                        | 個人番号   |   | H G  | 次のとおり申被保険名番フリカ・ナ   | 9請します。<br>:号 :   |                  | 申請年月日<br>個人番号<br>生年月日<br>性 別 | <u>金和</u> 年 月 日<br>明・大・昭 年 月 日<br>男 ・ 女 |
|                        | 電話番号   |   |  | 300  | f  |                  | 電話器                          | <del>-</del>                            |
| 要介護状態区分 1 2 3          | 3 4 5 要支援  | 状態区分 1 2  |  |  |  | 數区分 1 2          | 3 4 5                        | 要支援状態区分 1 2                             |
| 有効期限 平成 年              | 月 日から <u>平成</u>  | 年 月 日   |  | 支援   | The second secon | 平成・令和            | 年 月 日:                       | から <u>令和</u> 年 月 日                      |
|                        |  |   |  | ービスの種類では、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は、<br>は   | 買又<br>こい<br>D種<br>をを   |                  |                              | ,                                       |
| 各族の氏名                  | 医療機関名  |   |  | Ï  | 主治護の氏名   | Ī                | 2.00                         | 機関名                                     |
| 在地                     | TA STATE OF THE ST |   |  | 主治區  | 所 在 地  | Ŧ                | 1,000                        |   |
| 10歳から64歳の医療保険加ス        | - Process  |   |  |  |  | 4 歳の医療保険加力       | 人者) のみ紀入                     | は                                       |
|                        |  |   |  | 特定疾病名  |  |                  |                              | 3                                       |
|                        | 様<br>ます。<br>平<br>要介護状態区分 1 2 :<br>有効期限 <u>平成</u> 年   | 様 中族年月日 平成 個人番号 日・大 性 別 中族 日日 明・大 性 別 で 電話番号 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援・有効期級 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から 平成 年 月 日から 平成 日 地 電話番号 で 電話番号 で 地 電話番号 で 地 電話番号 | 世族年月日 平成 年 月 日   日   日   日   日   日   日   日   日   日 | 様 します。 中類年月日 王成 年 月 日 保証番号 生年月日 明・大・昭 年 月 日 性 別 男 ・ 女 要 数様状態区分 1 2 3 4 5 要 支援状態区分 1 2 有効期限 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 版像機関名 在 地 電話番号 のみ配入 医療保険被保険 者証記号番号 | # 中議年月日 平成 年 月 日   | # 中漢年月日 平成 年 月 日 | # 中間年月日 平成 年 月 日             | ## 中間年月日 王成 年 月 日   一                   |

| きに真面して下さい<br>画用の状態でない様 | が通常の状態(原音可能な状態)でき<br>い、本人が概念をおいて高熱を出してい<br>音がは直接をおって下さい。   |         |            | ***            | -           | 被保險者各等   |                |      | 会に無流して下さい<br>通常の状態でない。   | を必須期の状態 (調査可能ない。本人が風形をひいて素勢<br>会会は異理査を行って下さい   | を出している事。       | ] ,     | 放音音号   |                | 被杂题音響等_       | -81     |
|------------------------|--|---------|------------|----------------|-------------|--|----------------|------|--|--|----------------|---------|--|----------------|---------------|---------|
| 8定調査票                  | (概況調査)   |         |            |                |             |  |                |      |  | (概況調査)   |                |         |  |                |               |         |
| 調査実施者                  | 8 (記入者)  |         |            |                |             |  |                | 322  | I 調査実施名  | (配入者)  |                |         |  |                |               |         |
| 実施日時                   | 平成 年 月 日 実施  | 在場所     | 用宅         | 内 - 自宅         | + (         |  |                | 2.   | 実施日時   | 令和 年 月   | 日 実施場所         | 自宅      | 四 · 自宅                                       | # (            |               |         |
| 4 9 # Q                | 707  |         |            |                |             |  |                |      | F 4 4 4  |  | - 20           |         | N. 12 THE LOCAL PROPERTY AND RESERVED IN CO. |                |               |         |
| 紀入者氏名                  | Section of the fine of the section o | 70.17 E | 新篇         | 機関             |             |  |                |      | 記入者氏名  | de la  |                | 所算      | 機関   |                |               |         |
| 調査対象者                  |  | - 3     |            | -              |             |  |                | 38.9 | Ⅱ 調査対象等  |  |                | Ĉ.      | 30   | 400            |               |         |
| 過去の認定                  | 初間・2個の以降<br>(前面観定 年月日  | B)      | 前回器        | 思定結果           | 非独          | 曲·要支援(<br>( )  | )・要介           |      | 過去の認定  | 初間・2回4<br>(前回認定 年  |                | nt (III | 認定結果   | #15            | 満・要支援(<br>( ) | )・要介証   |
| 车贝林在                   | Contract of the Contract of th | -       | T          |                | ×           | MIN  |                | - 7  | 4 4 4 4  |  |                | 3       |  | 1              | 戦争・大正・商和      |         |
| 対象者氏名                  |  |         | 性別         | 男・女            | 生年月日        | 網絡・大王・昭和<br>年 月  |                |      | 对象者氏名  |  | COM AND TO A S | 性別      | 男・女  | 生年月日           | 年月            | В       |
| 現住所                    | ₹ -  | _       |            | 3              | 元 話         | - H  | -              |      | 現住所  | Ť -  |                |         | -  | 電 話            |               | -       |
| 家族等                    | ₹ -  |         |            |                | 電 新         | -  |                |      | 家族等  | Ŧ -  | -              |         | _  | 電 語            | -             | (+)     |
| 2-0-0-                 |  |         | との製り       |                |             | ACCUSATE OF THE PARTY OF THE PA |                |      |  | 民省(  | ) 膜查对象:        |         | The second second second                     | 100 P 101 C 10 | ****          |         |
| 1 現在受けて                | ているサービスの状況につい  | てチュ     | ニックス       | いが頻度を          | 紀入してく       | ださい。   |                |      | 7.4  | こいるサービスの状態   |                | - 600   |  |                |               |         |
|                        | ( 展覧調査を行った月のサービス利用回廊   | 物を配入。   | 创展于数       | <b>日本社可其資本</b> | 対議を日始され     | 0. 特定(分類予数) 指性用基   | <b>以下</b> 等2条会 | 6月の  |  | ( 蘇邦្政権を行った月のサー!<br>品目数を記載 )   | 2大利用国歌 全配入     | 。 的概书   | 的複批用真實                                       | 外は調査日時点        | 0、特定分割予助權的    | 明月石門上西水 |
|                        | 品目数を記載う<br>・ふへんづ、訪問型サービス   | A       | #I         | 口/小维玉針         | )福祉用具貨      | r is   |                | 88   |  | ・ムヘルプ・訪問型サービス  | А              | m       | 口(分属于)                                       | 的 福祉用具         | 24            |         |
| 口(介護予防)物               |  | Я       |            |                | 予助〉福祉用      |  |                | 88   | 口 (介護予防) (   |  | Я              | _       |  | 度予助/福祉         |               |         |
| 口(介護予防)表               |  | Я       |            | 口住宅改修          | CT RIVERULA | 1条张况   | 20.01          | ・なし  | 口(介護予防)自   |  | Я              |         | 口住宅政策  |                | III-MAN       | 20      |
|                        | の131 情級<br>防暦リバビリテーション   | F.      |            | 口夜間対応          | りは総合権       |  | A              | B    | 口(介護予防)加   |  | Я              | -       |  | 型訪問介護          |               | Я       |
|                        | <b>等宅療養管理指導</b>  | R       |            |                |             | 型連所介護  | Я              | В    | 口(介護予防)」   | 医宅療養管理指導   | Я              | B       | 口(金額予)                                       | 的 概知能対         | 心型運所介護        | Я       |
|                        | ナービス)・適所型サービス  | R       | -          |                |             | 勉型勝宅介護   | Я              | 8    | 口 通所介護(子代  | ケービス)・温味をサービス  | 月              | _       |  |                | 機能型器笔介護       | Я       |
|                        | 高所りのどうテーション(デイヤア)  | 万       | -          |                |             | 聖典衛生活介護  | Я              | B    | 口(介護予防)湯   | 最新りいどうテーション(ディケテ)  | 月              | 國       | 口(介護予算                                       | 的 额知能对         | 吃型共民生活介膜      | Я       |
|                        | 夏朝入所生活介護(シュートステイ)  | Э.      | -          |                |             | - 原有生活介護   | Я              | 8    | 口(介護予防)制   | (単人所生活介護(ショー)  | 25-(1) 月       | 8       | 口地域密着  | 型特定施設          | 入患者生活介護       | Я       |
| 口(介護予防)類               | 度期入所標度介護(標度5g-3))  | Я       | B 1        | □地域密章          | 是介護老人相      | 社施股入所着生活介  | 護月             | В    | 口(介護予防)製   | 夏朝入院僚養介護(僚養)   | (a-f)) 月       | В       | 口地域密着  | 整介膜老人          | 福祉施設入所會生活     | 介護 月    |
| 口(介護予防)物               | 中定施設入器管生活介護  | Л       | 8 1        | 口定期老回          | ·随時对応数      | 以防衛介護看護  | д              | 展    |  | 中定施股入器者生活介質  | Я              |         | 口倉耕老田  | ·随時対応          | 型訪問介護者護       | Я       |
|                        | F模能型器宅介護   | 月       | 8          |                |             |  |                |      |  | F機能型器宅介護   | 月              | 日       |  |                |               |         |
| 口意町村特別製                |  |         |            |                |             |  |                | 1.   | 口意町村特別製  | The second secon |                |         |  |                |               |         |
| 山介護保険給作                | (外の在宅サービス[   |         |            |                |             |  |                | 1    | 山分膜牙頭部外  | 付外の在宅サービス[   |                |         |  |                |               |         |
| Transport and          |  |         |            |                | 747-1       |  |                |      | -  |  |                | 190     |  |                |               |         |
| 施穀利用                   |  |         | 推          | 設連絡            | 先           |  |                |      | 施設利用   |  |                | 35      | 設運新  | 先              |               |         |
| 口介護老人福祉                |  |         |            |                |             |  |                |      | 口介護老人福祉  |  |                |         | 股名   |                |               |         |
| 口介護老人保保口介護機構發展         |  |         | 163        | 晚名             |             |  |                |      | 口介膜療養型部  |  |                |         | 4x.50  |                |               |         |
| 口介護孫療院                 | - Marie Na   |         |            |                |             |  |                |      | 口介護医療院   | 940-545i   |                |         |  |                |               |         |
| THE PARTY SECTION      | 共同生活介護適用施設(ク゚ループル  | -10     | <b>#64</b> | 使養等            | -           |  |                |      |  | 其關生活介護適用施設   | (ケーアナール)       | 100     | 便養等  | -              |               |         |
|                        | 者生活介護適用施設(竹が茶)   |         | 162        | 後性所            |             |  |                |      | the second secon | <b>考生活介護適用施設</b> ()  | Trift # 1      | 36      | 級住所  |                |               |         |
|                        | <b>使保險適用學養病</b> 床)   |         |            |                |             |  |                |      |  | 像保険適用療養病球)   |                |         |  |                |               |         |
| 口医療機関(療)               |  |         |            |                | -           |  |                |      | □医療機関(療  |  |                |         |  | 電話             | 927           |         |
| 口その他の施制                |  |         | the Col    | oli Arena      | 電話          |  | ***            | 9    | □その他の施制 Ⅳ 顕音対象者  |  | -              | Sta In  | Lub Action                                   | 1000           | 7日告出 平 中      | Ltox by |
|                        | の家族状況、調査対象者の   | 網任題     | 1月 (外      | 田が 困難          | こなるなど       | 日本生活に支輝と   | 404            | 3    |  | の家族状況、調査対  |                |         |  |                | き事項を記入し1      |         |

認定調査票(基本調査)及び認定調査票(特記事項) (略)

認定調査票(基本調査)及び認定調査票(特記事項) (略)

| □有 □無 □有 □無 □有 □無 □有 □無 □有 □無 □有 □を形外科 □を形外科 □を形外科 □を形外科 □をである □ □有 □を □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □  |                     | (ふりが;  | te)           |         |           | 男             | 〒 -                                 |                 |      | $\overline{}$ |   | (ふりが         | ts)                                 |
|---|---------------------|--------|---------------|---------|-----------|---------------|-------------------------------------|-----------------|------|---------------|---|--------------|-------------------------------------|
| 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 医療機関所在地  |                     |        |               |         | 日生( 歳     | #             | 連絡先                                 | ( )             |      |               | -                                       |              |                                     |
| 下AX   | 主治医として、<br>医師氏名     |        |               |         | 成等に利用さ    | れること          |                                     | )。 □同           | 意しない | ١,            | 主治医として、<br>医師氏名                         | THE PARTY OF |                                     |
| (2) 意見書作成回数 □初回 □2回目以上 □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 ( )  . 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 (2)症状としての安定性 (「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 (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          | and the same of the | 地      |               |         |           | ja<br>Ja      | - 200 COV COV                       | )               |      |               |   |              | 2                                   |
| □有 □無   | 1) 最終診              | 察日     | <u> 平成</u>    | 年       | 月         |               | Ħ                                   |                 |      |               | 7 |              |                                     |
| (3) 他科受診の有無 (有の場合)→□内科 □精神科 □外科 □整形外科 □版神経外科 □皮膚科 □泌尿器科 □婦人科 □眼科 □耳鼻咽喉科 □少セヴテーション科 □歯科 □その他 ( ) )  . 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  | 2) 意見書作             | 成回数    | A PROPERTY OF |         | ê         |               |                                     |                 |      |               | (2) 意見書作所                               | <b>龙回数</b>   | □初回 □:                              |
| (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) 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)       3.         (2)症状としての安定性 □安定 □不安定 □不明       (2)症状としての安定性 (「不安定」とした場合、具体的な(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       (3) 生活機能低下の直接の原因となっての直接の原因となっての直接の原因となって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 | (3) 他科受診            | の有無    | (有の場)         | 合)→□内科[ |           |               |                                     |                 |      | 必尿器科          | (3) 他科受診の                               | の有無          | □有 □射<br>(有の場合)-<br>□婦人科            |
| 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 (②)症状としての安定性 (「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   |                     |        |               |         |           |               |                                     | Nation and Made |      |               |   |              | Secretary of the second con-        |
| 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 (2)症状としての安定性 (「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             (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   |                     | 1      | 828           |         | - Carrier | SECRET VANDOS | Andreas Services                    |                 |      | 2000,000      | PROBLEM PROPERTY IN                     |              | 3/13/01/2 <del>0 - 10/11/01/1</del> |
| 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 (2)症状としての安定性 (「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 (3)生活機能低下の直接の原因  |                     |        |               |         | 62.00     |               | 7.079.940 3 <del>.079.130.0</del> 4 | 125             |      | 1111655 TS    | 190                                     |              |                                     |
| 「不安定」とした場合、具体的な状況を記入) (「不安定」とした場合、具体的な 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 (3) 生活機能低下の直接の原   | ASI.                |        |               |         | - 12      | 年月日           | (昭和· <u>平成</u>                      | 年               | 月    | 日頃 )          | 3.                                      |              |                                     |
| 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 (3) 生活機能低下の直接の原  | 2)症状とし              | ての安定性  |               |         |           | 」安定           | □不安定                                | 口不明             | 月    |               | (2)症状として                                | の安定性         |                                     |
|   | 「不安定」とし             | した場合、身 | 体的な状況         | 兄を記入)   |           |               |                                     |                 |      | 8             | (「不安定」とし                                | た場合、身        | 具体的な状況を                             |
| (放起 (競技の 7 月が日 ) 「競に影響がかったもの。及び   |                     |        |               |         |           |               |                                     |                 |      |               |   |              |                                     |

記入日 令和 年 月 日

|                | (ふりがな)   |        |       |              |      | 男        | Ŧ   |      |    |      |       |
|----------------|--|--------|-------|--------------|------|----------|-----|------|----|------|-------|
| 申請者            |  |        |       |              |      | 10       |     |      |    |      |       |
|                | 明・大・昭  | 年      | 月     | 日生(          | 歳)   | 女        | 連約  | 先    | (  | )    |       |
| 上記の申請者         | に関する意見に  | は以下の通  | 重りです。 | 1            |      | 3        | 12  |      |    |      |       |
| 主治医として<br>医師氏名 | 、本意見書がな  | ト護サー b | ごス計画作 | 作成等に利        | 用される | ことは      | ا ت | 司意する | 5. | □同意し | ない。   |
| 医療機関名          |  |        |       |              |      | N2       | 電話  | (    | )  |      | 20    |
| 医療機関所在         | 地  |        |       |              |      | <u>\</u> | FAX | (    | )  |      |       |
| (1) 最終診        | 察日 令   | 和      | 年     | 月            | S 8  |          | 日   |      |    |      |       |
| (2) 意見書作       | 作成回数 🗆   | 初回 口   | 2回目以  | Ŀ            |      |          |     |      |    |      |       |
| (3)他科曼         | 100 CO 10 |        | →□内科  | □精神科<br>□耳鼻咽 |      |          |     |      |    |      | □泌尿器科 |

| (1) | 診断名  | ( <u>特定疾病</u> または <u>生活機能低下の直接の</u> ) | 原因となってい | る傷病名については1 | . に記入) | 及び発 | e症年月 F | B |
|-----|------|---------------------------------------|---------|------------|--------|-----|--------|---|
|     | 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                                 | 口安定     | □不安定       | 口不明    |     |        | _ |

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 <u>のあったもの</u> 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]

|            |  | î             | 護保閣                     | <b>美</b> 受給 | 資格              | 证明書     |    |        |     |
|------------|--|---------------|-------------------------|-------------|-----------------|---------|----|--------|-----|
|            | 番 号  |               | П                       |             | Î               |         |    |        | Î   |
| 被          | フリガナ   |               |                         | - 10        |                 |         |    | 16 197 |     |
| 保          | 氏 名  |               |                         |             |                 |         |    |        |     |
| 険          | 生年月日   | 1             | 明・大                     | ・昭          | 年               | 月       | B  | 1      | 男・女 |
| 者          | 住 所  |               |                         |             |                 |         |    | 1.11   |     |
|            | (転出先予2   | (열            |                         |             |                 |         |    |        |     |
|            | 異動予定日  | 1             |                         | 平成          |                 | 年       | 月  | 日      |     |
|            | とおり受けて<br>成 <u></u> 年                          | 月             | A Participate<br>A Care |             |                 |         |    | 1      |     |
|            |  | 月<br>O        | 日の市                     |             | 可村              |         |    | 1      |     |
| 平          | 成 年  | 月<br>O        | 日の市                     |             | 申請金             | 長       |    |        |     |
| 平介         | 成 年 認定済  | 月<br>〇<br>· 申 | 日の市場中                   | (8          | 可 村 申請 4        | 長年月日    |    | 1      | Ş   |
| 要 認 利合 (   | 成 年 認定済 接状態区分                                  | 月<br>〇<br>· 申 | 日の市場中                   | · (II       | 町 村 申請金 認定金 日から | 長年月日    | 公月 | 1      | ş   |
| 平 介 定 用 住担 | 成 年 認定 定済 接状態 区分 の有の負 前 前 割 前 の 転 前 の 記定 審 査 会 | 月<br>〇<br>· 申 | 日の市場中                   | · (II       | 町 村 申請金 認定金 日から | 長手月日年月日 | 公月 | 1      | ş   |

| フリガナ<br>氏 名<br>生年月日 |              |               |               |  |
|---------------------|--------------|---------------|---------------|--|
| RATIO MEN           |              |               |               |  |
| 牛年月日                |              |               |               |  |
| min 1 / 1 mm        | 明・大・昭        | 年 月           | B             | 男・女  |
| 住 所                 |              |               | ****          |  |
| 転出先予定               | )            |               |               |  |
| 異動予定日               | 令和           | 年 年           | 月             | B  |
| 認定済                 | 申請中          | 申請年月日         | 15            | s  |
| 伏態区分                |              | 認定年月日         | j w           | 8  |
| 有効期間                | 平成・令和 年      | 月 日から全        | 和 年 月         | 日まで有効  |
| 移転前の負               |              | N ( )         |               |  |
| 定審査会の               | 0            |               |               |  |
|                     | (転出先予定日上おり 年 | (転出先予定) 異動予定日 | (転出先予定) 異動予定日 | (転出先予定) 異動予定日 <u>令和</u> 年 月 上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等をおり受けている(申請中の)者であることを証する。 年 月 日 |