

介護保険認定申請マニュアル（介護保険事業所向け）

要介護認定申請に関して、次のとおり市の対応方法をまとめましたのでご活用ください。

申請書の様式について

令和 4 年 4 月 1 日より申請様式が変更となりました。

申請書右上に「令和 4 年 4 月 1 日改訂」と記載がある様式をお使いください。

申請日の取り扱い

要介護認定申請は、申請書を窓口に出した日が申請日となります。郵送等で申請書を提出した場合は、申請書が到着して市が受領した日が申請日となります。

更新申請の取り扱い

更新申請は、認定有効期間満了日の 60 日前から満了日までの間（61 日間）に申請することができますが、ほとんどの申請が 60 日前とその直後に集中します。窓口の混雑を避けるため、代行申請を行う場合は、必要事項を全て記載のうえご提出ください。

《 令和 7 年度更新申請受付開始日（予定） 》

有効期間満了日	更新申請受付開始日	有効期間満了日	更新申請受付開始日
5 月 31 日	4 月 1 日(火)	11 月 30 日	10 月 1 日(水)
6 月 30 日	5 月 1 日(木)	12 月 31 日	11 月 1 日(土)
7 月 31 日	6 月 1 日(日)	(R8)1 月 31 日	12 月 2 日(火)
8 月 31 日	7 月 2 日(水)	(R8)2 月 28 日	12 月 30 日(火)
9 月 30 日	8 月 1 日(金)	(R8)3 月 31 日	1 月 30 日(金)
10 月 31 日	9 月 1 日(月)	(R8)4 月 30 日	3 月 1 日(日)

変更申請・介護申請(支→介)の取り扱い

申請書を窓口に出した日が申請日となります。1日が閉庁日（土・日・祝・年末年始）で1日付の申請をしたい場合は、1日の直前・直後の開庁日に提出してください。なお、変更申請・介護申請(支→介)は次の要件を満たし、③に記載した注意点を理解したうえで申請してください。

- ① 申請について、被保険者の了承を得ていること。
- ② 被保険者の不利益につながらないこと。
- ③ 変更申請・介護申請(支→介)を1日付で申請する場合の注意点

- 申請書右上の申請年月日を必ず記入してください。また、提出時に窓口職員に「1日付申請」である旨を口頭でお伝えください。
- 7月1日及び12月1日付の変更申請・介護申請(支→介)で、次の有効期間満了日の方は、申請日が有効期間満了日の61日前のため、却下の場合はみなし更新扱いにはなりませんのでご注意ください。

変更申請日	有効期間満了日
7月1日	8月31日
12月1日	1月31日

- 変更申請受付窓口（開庁日の午前8時30分～午後5時15分）

日光市役所高齢福祉課 ・ 各行政センター市民サービス係

要介護認定申請の進行状況等について

要介護認定申請の申請状況や結果については、まずご本人・ご家族に確認してください。進捗状況や見通しについては、高齢福祉課介護認定係までお問い合わせください。進捗状況等は電話でお答えできますが、認定結果の内容（介護度や認定期間）については、電話でお伝えすることはできません。

資料提供について

前日（開庁日）に審査会であった被保険者の資料提供を希望する場合は11時以降にご来庁ください。

翌日（開庁日）に審査結果の処理を行うため、11時以前に来庁すると窓口でお待ちいただく場合がございます。

申請中に被保険者が資格を喪失した場合について

要介護認定申請中（新規・変更）に被保険者が資格を喪失（死亡・転出）しても、申請の取下げがされずに審査判定資料が整う場合は、審査判定を行います。認定は、被保険者であった期間について遡って有効になります。この場合は、結果通知のみで被保険者証は交付しません。

なお、資格の喪失時点で審査判定資料が揃っていない場合は、審査判定はできませんのでご了承ください。また、更新申請で認定期間満了日前に資格を喪失した場合は、審査判定を行っても有効となる認定期間がないため、審査判定は行いません。

介護予防日常生活支援総合事業（総合事業）について

（H28.10.1 開始）

65歳以上の要支援者を対象とした介護予防サービスのうち、デイサービスとホームヘルプサービスだけを利用する場合は、基本チェックリストの実施により、要介護認定を省くことができます。申請書の提出は地域包括支援センターで行いますので、詳細については各地域包括支援センターへお問い合わせください。

【添付資料】

○ 総合事業申請関係書類

- ① 日光市介護予防・生活支援サービス利用同意書
- ② 基本チェックリスト
- ③ 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

【 問い合わせ先 】

日光市健康福祉部

高齢福祉課介護認定係

TEL 21-5124

日光市介護予防・生活支援サービス利用同意書

被保険者番号		記入日	年 月 日	担当包括・居宅(略称)	
氏 名		住 所	日光市		
生年月日	大 昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女	要介護認定	<input type="checkbox"/> 有(要支援 1・2) <input type="checkbox"/> 無(非該当・未申請)
電 話	日中連絡可能な番号	家族等連絡先	氏名 (続柄) 電話番号		
希望するサービス	① デイサービス 週 回 希望 ・ 利用中 ② ヘルパー 週 回 希望 ・ 利用中				
備 考					

基本チェックリストの実施により、介護予防・生活支援サービスを利用することに同意します。

なお、介護予防ケアマネジメントを実施するために必要があるときは、介護予防事業対象者把握にかかる基本チェックリスト及び要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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日光市から地域包括支援センター、介護予防・日常生活支援総合事業事業者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

(本人氏名)

(代理者名)

(本人との関係)

※ 市記入欄

受付	TASK 入力	保険証 発行	判定結果	開始期日	備考
	済	済	該当 ・ 非該当	年 月 日	

基本チェックリスト

被保険者 番号		記入日	年 月 日	担当包括・ 居宅(略称)	
氏 名		家族等 代理者	氏名 (続柄)		
NO	質 問 項 目	回 答		判 定	
1	バスや電車で1人で外出していますか	0. はい	1. いいえ		
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ		
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ		
4	友人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ		
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ		
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ	()/5 3/5 以上	
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ		
8	15分位続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ		
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ		
10	転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. いいえ		
11	6ヶ月間で2～3Kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ	20 10/20 以上	()/2 2/2
12	身長 cm 体重 Kg (BMI =) (注)				
13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ		
14	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ		
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ		
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ	()/2 No.16 該当	
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ		
18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ		
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	0. はい	1. いいえ		
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ		
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	1. はい	0. いいえ	()/5 2/5 以上	
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ		
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ		
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ		
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ		

(注) BMI=体重(Kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合に該当とする

様式第 4 5 号の 5（第 2 4 条関係）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

										区 分	
										新規・変更	
被 保 険 者 氏 名					被 保 険 者 番 号						
フリガナ											
					個 人 番 号						
					生 年 月 日						
					年 月 日						
介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者 介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター											
介護予防支援事業所名 地域包括支援センター名				介護予防支援事業所の所在地 地域包括支援センターの所在地				〒			
				電話番号（ ）							
介護予防支援事業所名（地域包括支援センター）番号						サービス開始（変更）年月日					
						年 月 日					
介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者 ※居宅介護支援事業者が介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する場合のみ記入してください。											
居宅介護支援事業所名				居宅介護支援事業所の所在地				〒			
				電話番号（ ）							
居宅介護支援事業所を変更する場合の理由等											
※変更する場合のみ記入してください。											
日光市長 様 上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は介護予防 ケアマネジメントを依頼することを届け出します。 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 電話番号（ ）											
確認欄		<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）番号									

介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者が介護予防支援の提供にあたり、被 保険者の状況を把握する必要がある時は、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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当該介護予防支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。 年 月 日 氏名											
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- （注意） 1 この届出書は、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所等が
決まり次第速やかに日光市へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する介護予防支援事業所
（地域包括支援センター）又は介護予防支援若しくは介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護
支援事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ、必ず日光市へ届け出てください。
届け出のない場合、サービスに係る費用を一旦、全額負担していただくことがあります。
- 3 住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口へ提出してください。