

健介保1907号  
令和3年2月12日

要介護認定申請提出代行者 管理者 様  
小規模多機能型居宅介護事業者 管理者 様

横浜市健康福祉局介護保険課長

### 介護保険に係る提出書類の押印の見直しについて（通知）

平素より、介護保険制度の実施にご尽力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本市各区役所高齢・障害支援課介護保険担当（以下「各区」という。）にご提出いただいている介護保険（要介護・要支援）認定申請書及び居宅・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・廃止）届出書等（以下「申請書等」という。別紙参照）につきましては、「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」に基づき、見直しを行った結果、押印を廃止することといたしました。

つきましては、申請書等の氏名欄は記名（ご家族等の代筆を含む）のみで認印等は不要となります。また、提出代行者の事業者印も不要といたします。

なお、提出代行時には、介護保険被保険者証の添付（第2号被保険者の方は、医療被保険者証の写しでも可）に加え、申請者が被保険者本人以外の場合は、その代理の方の「本人確認書類」を確認（コピー不要。特にマイナンバーカード裏面のコピーは絶対に不可。）させていただくなど、押印以外の手段による申請確認を引き続きご実施願います。

#### 【留意事項（必ずお読みください。）】

- ・旧申請書等につきましては、当面の間、ご利用いただけます。（押印欄はそのまま使用しない又は別紙のとおり2重線で削除していただいてもどちらでもかまいません。）
- ・ご本人、ご家族等が押印された申請書等を持参された場合は、他に不備がなければそのまま受付願います。（不備が加筆修正できる場合も同様とします。）また、すでに提出代行者の事業者印欄に押印いただいた申請書についても、同様に各区で受理いたします。

担当 健康福祉局介護保険課認定担当  
TEL 671-4256 FAX 550-3614

居宅・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・廃止)届出書

届出区分	被保険者氏名	被保険者番号	<input type="checkbox"/> 横浜市 <input type="checkbox"/> その他( )
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 廃止	フリガナ	生年月日	
		年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	

居宅・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼(変更・廃止)する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
	〒
契約等の発効(失効)年月日	電話番号 ( )
平成・令和 年 月 日	
介護保険事業所番号	
事業所を変更する場合の事由等	※事業所を変更する場合のみ記入してください。

小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用開始月における居宅サービス等の利用の有無

※小規模多機能型居宅介護又は看護小規模多機能型居宅介護の利用前の居宅サービス(居宅療養管理指導及び特定施設入居者生活介護を除く。)及び地域密着型サービス(夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護及び認知症対応型共同生活介護(短期利用型)に限る。)の利用の有無を記入してください。

居宅サービス等の利用あり(利用したサービス: )  居宅サービス等の利用なし

(届出先) 横浜市 区長

(いずれかにチェック)

上記の居宅介護支援事業者等に、居宅介護サービス計画作成を依頼することを届け出ます。

上記の介護予防支援事業所(地域包括支援センター)に、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出ます。

上記の居宅介護支援事業者等・介護

令和 年 月 日

住所

(被保険者)

氏名

押印欄を削除する場合は注意書きも見え消し願います。

電話番号 ( )

印 (本人自署の場合は、押印不要です。)

- (注意)
- 要介護・要支援認定申請後、サービスを利用する際は、事前に居宅・介護予防サービス計画作成について、被保険登録のある区役所の高齢・障害支援課へ提出してください。
  - サービス事業対象者として介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、基本チェックリストを添付して届け出てください。
  - 市内の住所地特例の対象施設に入居中で、介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメントを依頼するときは、本様式で区役所の高齢・障害支援課へ提出してください。
  - 居宅介護支援事業者等・介護予防支援事業所(地域包括支援センター)を変更するとき(または契約が失効したとき)は、変更年月日(失効年月日)を記入の上、必ず区役所の高齢・障害支援課に届け出てください。変更の届出のない場合は、サービスに係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

受理年月日

※「居宅介護支援事業者等」とは、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業者・看護小規模多機能型居宅介護事業者をいいます。

\*区役所記入欄

(共通)	(要介護・要支援)	入力
<input type="checkbox"/> 被保険者証回収	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援	
<input type="checkbox"/> 事業所番号	(事業対象者確認欄)	
<input type="checkbox"/> 届出の重複	<input type="checkbox"/> 基本チェックリストの添付	
	<input type="checkbox"/> サービス事業対象者確認済	

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規  更新  要介護・要支援状態区分変更  
 新規(要支援者の要介護への区分変更)  転入

\*右の該当するものに「レ」点をつけてください。

(申請先) 横浜市 区長  
 次のとおり申請します。 令和 年 月 日申請

申請者 (認定を受けようとしている方)

フリガナ	被保険者番号	明・大・昭 年 月 日
氏名	生年月日	(年齢 歳)
住所(住民登録地) 〒	*アパート・マンション名も記入してください	
横浜市 区	電話番号 ( )	
上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない	個人番号	
上記住所に居住していない場合は、実際の居住地等を記入してください。	入院・入所先の住所・施設名等または居住地住所	電話番号 ( )
	施設名等: <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他	病棟 階 号室 入所(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

\*太ワケ内の必要事項を記入してください。(裏面もあります)

現在(最終)の認定区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
※他自治体からの転入者	転出元自治体(市町村)名( ) 転出元で要介護認定申請中の場合 申請日: 年 月 日
認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
特定疾病名 (第2号被保険者のみ記入)	(裏面参照)
変更申請・要支援認定からの新規申請の理由	
主治医	医療機関名称: 電話番号 ( )
所在地:	
医師名(診療科):	( ) (科) 最終受診月(平成・令和 年 月)

私は、介護サービス計画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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、及び主治医意見書を記載した医師及び認定調査員(更新申請の場合のみ) 私は、申請から30日以内に認定がでない場合、現在の認定の有効期間を延期通知の省略に同意します。

申請者氏名(認定を受けようとしている方)

押印欄を削除する場合は注意書きも見え消し願います。

印 (本人自署の場合は、押印不要です。)

申請書を提出した人(申請者本人の場合は記載不要)

家族等提出代行者以外	提出代行者(該当サービスに○をつけてください)
氏名:	地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護医療院・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設
住所:	名称: 所在地: 電話番号: ( )
電話番号: ( )	電話番号: ( )

受理年月日

居宅・介護予防サービス計画作成依頼事業者名【ケアプラン作成の依頼  なし  あり(下欄に記入)】

提出代行者と同じ

*区役所処理欄	受付	<input type="checkbox"/> 窓口 ( <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他 )	受付入力	
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未収 ( <input type="checkbox"/> 紛失 )		保険料未納	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
資格者証	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 ( <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅 )		同時申請	<input type="checkbox"/> あり ( )
調査指示	<input type="checkbox"/> 直営 ( ) <input type="checkbox"/> 振興会 <input type="checkbox"/> 委託 ( )			
意見書依頼	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 本人宛郵送 <input type="checkbox"/> 医療機関郵送 <input type="checkbox"/> その他 ( )			