

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 介護保険計画課・振興課・老人保健課

介護保険最新情報

今回の内容

- ①「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」等の一部改正について
- ②「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について
- ③「要介護認定等の実施について」の一部改正について

計15枚（本紙を除く）

Vol.497

平成27年9月29日

厚生労働省老健局

介護保険計画課・振興課・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2164、3937、3949)
FAX：03-3503-2167

老介発0929第1号
平成27年9月29日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局介護保険計画課長
（ 公 印 省 略 ）

「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について」等の一部改正について

今般、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成27年厚生労働省令第150号）」が公布され、平成28年1月1日以降、介護保険法施行規則に基づく申請事項等に個人番号を追加することとされた。

これを受け、「高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について（平成21年1月16日老介発第0116001号）」及び「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令等の施行に伴う留意事項について（平成27年3月31日老介発0331第1号）」については、以下の通り一部改正したため、貴職においては、これを御了知の上、管内市町村等に周知徹底をお願いする。

記

- 1 高額医療合算介護サービス費等の支給の運用等について（平成21年1月16日老介発第0116001号）の一部改正
標記通知の「別添1」については、本通知の別添1のとおり改正する。
- 2 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の一部の施行に伴う関係政令の整備等及び経過措置に関する政令等の施行に伴う留意事項について（平成27年3月31日老介発0331第1号）の一部改正

標記通知の「別紙様式 1」は本通知の別添 2 のとおり、「別紙様式 2 - 1」は本通知の別添 3 のとおり改正する。

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書 (案)

申請対象年度	平成 ○○ 年度	申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
--------	----------	------	-------	-------	--------	-----------	-----------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日 生	性別		個人番号	
氏名						試算期間の始期及び終期	

国民健康保険資格情報						
保険者番号	被保険者証記号	被保険者証番号	続柄	保険者名称	加入期間	
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年 月 日から 年 月 日まで	

後期高齢者医療資格情報			
保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

介護保険資格情報			
保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年 月 日から 年 月 日まで

支給方法	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ	振込先口座管理番号
1. 窓口払い 2. 口座振込	1		信用金庫 信用組合			1.普通預金 2.当座預金 9.その他		口座名義人	

保険者加入歴	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1	年 月 日から 年 月 日まで		
	2	年 月 日から 年 月 日まで		
	3	年 月 日から 年 月 日まで		

〒999-9999 ○○県○○市△△町1-1 年 月 日
 ○○市長 国保太郎 殿

① 上記対象者について、高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給を申請します。
 ② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
 高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

郵便番号 住所
 申請代表者
 氏名 印
 電話番号

	枚中		枚目
--	----	--	----

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

ご記入上の注意事項等

1. 高額介護合算療養費等支給申請について

- (1) 医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費（高額医療合算介護（予防）サービス費）として支給されます。
- (2) 各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の7月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。
- (3) 国民健康保険資格情報の続柄欄、「2. 擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。
- (4) 計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入暦欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。
なお、申請対象年度末日に加入している医療保険（介護保険）については、当該保険者加入歴欄への記載は不要です。
- (5) 複数名の支給額の同一口座への振込を希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。
例) 口座管理番号2の被保険者への支給額を、口座管理番号1の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号2の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に1と記載する。
- (6) 備考欄には、以下の内容を記載して下さい。
 - ①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者
・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）
 - ②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者
・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴
 - ③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を喪失した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による資格喪失者を除く）
・被保険者資格を喪失した年月日、被保険者資格を喪失した事由
- (7) 国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご留意下さい。
- (8) 2名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右下の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。
- (9) 介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。
- (10) 介護保険で給付制限を受けており、自己負担が3割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2. 自己負担額証明書交付申請について

- (1) 自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（2以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。
- (2) 各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

1. 複数枚に渡る支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。
2. 支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。
「G Y Y（申請対象年度和暦、平成の場合、Gは“4”）＋保険者番号8桁（介護保険者の場合、先頭2桁を“99”とする）＋保険者が付する通し番号6桁」（計17桁）
なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に1から付番すること。

(別添2)

介護保険基準収入額適用申請書

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

次のとおり関係書類を添えて、高額介護サービス費の負担区分判定に係る収入額を申請します。

1	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名		⑩	個人番号																
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女													
2	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名		⑩	個人番号																
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女													
3	フリガナ		被保険者番号																	
	被保険者氏名		⑩	個人番号																
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女													
住 所		連絡先																		

氏 名			
平成 年中 の 収 入	公的年金	円	円
	給 与 (パート収入等を含む)	円	円
	() (年金・給与以外の収入)	円	円
	合 計	円	円

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

(1) 市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、ご本人(40歳以上65歳未満の方は除く。)及び同じ世帯におられる65歳以上の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。

(2) 収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入(障害年金・遺族年金・恩給・特別弔慰金・災害弔慰金など)は除きます。

(3) 公的年金等源泉徴収票・給与源泉徴収票・確定申告書の写しなど、公的年金及び給与収入額が確認できる書類を添付してください。ただし、1月1日において当市(区長村)に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。また、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明する書類が発行されていない収入についても添付書類は不要です。

(別添3)

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

市(町村)長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	連絡先		
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	連絡先		
入所(院)年月日(※)	昭・平 年 月 日	(※)介護保険施設に入所(院)していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。	

配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については、記載不要です。	
配偶者に関する事項	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号
	住所	連絡先	
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)		
課税状況	市町村民税 課税・非課税		

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円以下です。		
	<input type="checkbox"/>	市町村民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額の合計額が年額80万円を超えます。		
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が1000万円(夫婦は2000万円)以下です。 ※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		
	預貯金額	円	有価証券(評価概算額)	円
			その他(現金・負債を含む)	()※ 円

※内容を記入してください

申請者が被保険者本人の場合には、下記について記載は不要です。

申請者氏名	連絡先(自宅・勤務先)
申請者住所	本人との関係

注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数保有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

老振発0929第1号
平成27年9月29日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局振興課長
（ 公 印 省 略 ）

「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」等の一部改正について

今般、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成27年厚生労働省令第150号）」が公布され、平成28年1月1日以降、介護保険法施行規則に基づく申請事項等に個人番号を追加することとされた。

これを受け、「居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」（平成11年12月8日老企発第31号）、「介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について」（平成18年3月31日老振発第0331010号）及び「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」（平成27年6月5日老振発0605第1号）については、以下のとおり一部改正したため、貴職においては、これを御了知の上、管内市町村等に周知徹底をお願いする。

記

- 1 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について（平成11年12月8日老企発第31号）の一部改正
標記通知の「別紙」については、本通知の別添1のとおり改正する。
- 2 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書の様式について（平成18年3月31日老振発第0331010号）の一部改正
標記通知の「別紙」については、本通知の別添2のとおり改正する。

- 3 介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について（平成27年6月5日老振発0605第1号）の一部改正

標記通知の関連様式例「様式3」については、本通知の別添3のとおり改正する。

居宅サービス計画作成依頼(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	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
居宅サービス計画作成を依頼(変更)する居宅介護支援事業者			
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。		
	変更年月日	(平成 年 月 日付)	
<p>〇〇市(町村)長様 上記の居宅介護支援事業者に居宅サービス計画作成を依頼することを届け出します。</p> <p>平成 年 月 日 住所</p> <p>被保険者 氏名</p> <p>電話番号 ()</p>			
保険者確認欄	<input type="checkbox"/> 被保険者資格 <input type="checkbox"/> 届出の重複 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者事業所番号		

(注意) 1 この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、居宅サービス計画作成を依頼する居宅介護支援事業所が決まり次第速やかに〇〇市(町村)へ提出してください。

2 居宅サービス計画作成を依頼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、必ず〇〇市(町村)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、全額自己負担していただくことがあります。

介護予防サービス計画作成依頼(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	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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			
介護予防支援事業所名		介護予防支援事業所の所在地	〒
		電話番号 ()	
介護予防支援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 ()	
介護予防支援事業所又は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。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
〇〇市(町村)長様 上記の介護予防支援事業者に介護予防サービス計画の作成を依頼することを届け出します。			
平成 年 月 日 住 所			
被保険者 氏 名			
電話番号 ()			
保険者確認欄		<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番号	

- (注意) 1 この届出書は、要支援認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第速やかに〇〇市(町村)へ提出してください。
- 2 介護予防サービス計画の作成を依頼する介護予防支援事業所又は介護予防支援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、必ず〇〇市(町村)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、全額自己負担していただくことがあります。

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	性 別
		明・大・昭 年 月 日	男・女
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 ()			
介護予防支援事業所若しくは地域包括支援センター又は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。			
変更年月日 (平成 年 月 日付)			
〇〇市(町村)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。			
平成 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		

(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〇〇市(町村)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、必ず〇〇市(町村)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。

老発0929第7号

平成27年9月29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「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発第0930005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、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成27年厚生労働省令第150号）」の施行に伴い、要介護認定等に係る申請等における様式を、別添のとおり改正し、平成28年1月1日より適用することとしたので通知する。

については、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、要介護認定等に係る申請等の運用について遺漏のなきように期せられたい。

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	〒																				
険	過去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												
		有効期限	平成 年 月 日					から	平成 年 月 日													
者	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		
	有・無	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	該当に○(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)																		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 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長様

次のお通り申請します。

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																																		
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	有・無																			介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日																							
	有・無																			介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日																							
	有・無																			医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日																							
	有・無																			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	該当に○(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)																																				印
	住 所	〒																																				電話番号

主 治 医	主治医の氏名																			医療機関名																	
	所 在 地	〒																																			

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																						
	現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	有効期限					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現に受けているサービスの種類記載の消徐を求める旨																																										
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																																			