

介護保険要介護認定・要支援認定 申請等ガイド

令和6年7月

御前崎市 健康福祉部 高齢者支援課 介護認定係

はじめに

介護保険制度は平成12年度から始まり高齢者の生活を支える制度として定着しています。御前崎市の人口動態は今後も高齢化が進み、2040年（令和22年）の高齢化率は43.4%になると予測されています。65歳以上の高齢者が多く現役世代の少ない状態となります。このような中、介護保険制度を持続していくため、要介護認定を適正化し運営する必要があります。

要介護認定の適正化とは、要介護認定者数の増加を見据えて、全国一律の基準に基づいた要介護認定となるよう、認定調査と認定審査の平準化を図り、要介護認定申請から判定までを迅速に行う体制を整えるなど、適正、公正、迅速に要介護認定を行う取組みです。

目次

- 1 申請における基本的な留意事項
 - (1) 要介護認定における申請者の資格要件
 - (2) マイナンバーの記載について
 - (3) 医療保険資格の情報について
 - (4) 介護保険認定情報等提供の手続きについて
- 2 要介護・要支援認定の申請から認定まで
 - (1) 要介護・要支援認定申請
 - (2) 第2号被保険者の認定申請・申請書の記入方法等について
 - (3) 末期がん等の要介護認定について
 - (4) 申請に必要な書類
 - (5) 申請書の記入方法
 - (6) 主治医欄に関する留意ポイント
- 3 申請後の変更について
- 4 申請の取り下げについて
- 5 申請中における死亡時の対応について
- 6 認定の取り消しについて
- 7 介護保険認定情報等提供の手続きについて
- 8 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書の記入方法について
- 9 申請様式等
 - (1) 介護保険 要介護認定・要支援認定（更新）申請書
 - (2) 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書
 - (3) 介護保険 要介護認定・要支援認定取下げ申請書
 - (4) 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書
 - (5) 介護保険主治医意見書問診表
 - (6) 介護保険認定情報等提供依頼書
 - (7) 要介護認定等の資料提供に係る申出書（本人同意書）
 - (8) 介護保険制度・介護保険に関するQ & A

1 申請における基本的な留意事項

(1) 要介護認定における申請者の資格要件

○根拠法令

介護保険法第 27 条（要介護認定）に、要介護認定を受けようとする被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、申請書に被保険者証を添付して市町村に申請をしなければならない。この場合において、当該被保険者は、厚生労働省令で定めるところにより、第 46 条第 1 項に規定する指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設であって厚生労働省令で定めるもの又は第 115 条の 46 第 1 項に規定する地域包括支援センターに、当該申請に関する手続を代わって行わせることができることが規定されています。

○申請受付

申請の手続きは、原則として本人、親族が行います。また、本人が契約等している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・介護医療院が申請を提出代行することができます。

申請者の本人確認は以下について窓口で確認します。

○本人・親族（基本項目）

- ①写真付の公的身分証明書（マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、住基カード、身体障害者手帳など）いずれか 1 点
- ②写真無の公的身分証明書（介護保険被保険者証、医療保険被保険者証、介護保険負担割合証など）いずれか 2 点

○法定代理人

上記（基本項目）の確認に加え、①登記事項証明書

○代理人

上記（基本項目）の確認に加え、①介護事業所の施設職員証

(2) マイナンバーの記載について

○根拠法令

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（平成 25 年法律第 27 号）が、平成 27 年 10 月 5 日に施行され、平成 28 年 1 月から、介護保険の手続においてマイナンバーの利用が始まりました。

マイナンバーを記入した書類等の手続きの際には、なりすまし防止のため、正しい番号であることの「番号確認」と正しい持ち主の「本人確認」が義務付けられています。

○申請受付

何らかの理由により本人が自ら記載できない、または、家族等が申請する場合などは、その他の記載内容に不足がなければ申請は受理します。

マイナンバーが記載されている場合には、正しい番号であるかマイナンバーカード等と照合し確認します。

(3) 医療保険資格の情報について

○根拠法令

老人福祉法施行規則等の一部を改正する省令（令和3年厚生労働省令第43号）の施行に伴い、令和4年4月1日から全ての介護認定申請の際に加入医療保険者名及び医療保険被保険者記号・番号の記載が必要になりました。

○申請受付

第2号被保険者または社会保険・国保組合などの被保険者の場合は、被保険者証の原本提示もしくは写しの提示が必要です。

後期高齢者医療保険・御前崎市の国民健康保険の被保険者については、窓口での提示や申請書への記入が困難な場合は、その旨確認し受理します。（市は、情報提供ネットワークシステムを通じて被保険者の医療保険資格情報の取得が可能となるため、マイナンバーにより被保険者による医療保険証の提示は不要とすることができます。）

住所地特例対象者の場合は、加入している医療保険に関わらず、医療保険情報の確認が必要ですので、被保険者証の原本提示もしくは写しの提示が必要です。

(4) 介護保険認定情報等提供の手続きについて

○根拠法令

要介護認定及び要支援認定の事務において取得する資料（認定審査会資料や医師意見書）について、介護保険の被保険者が心身の状況及び生活環境等に応じた適切な福祉サービスを受けることができるよう、個人情報保護に関する法律第27条の規定により、本人の同意に基づく個人情報の提供を介護保険事業所等に行うものです。

○申請受付

介護保険認定情報等提供依頼書及び契約書の写し等（※1）、職員証等の原本確認（※2）が必要となります。

※1：契約関係を確認するため契約書の写しが必要となりますが、事前に介護保険居宅サービス計画作成依頼届出書が提出されている場合は省略できます。

※2：申込者を確認するために、職員証・社員証等（顔写真付き）が必要となります。

○その他

要支援の方について、地域包括支援センターから委託を受けた居宅介護支援事業所が情報提供を必要とする場合は、地域包括支援センターに依頼してください。

2 要介護・要支援認定の申請から認定まで

介護保険のサービスを利用する時は、介護保険要介護認定・要支援認定申請を行ない、認定を受ける必要があります。申請後、市から主治医に依頼し主治医意見書を徴取します。また、申請時に自宅等での訪問調査の日程を調整し認定調査を実施します。次に、主治医意見書、認定調査票に基づいて介護認定審査会資料を作成します。この時点で1次判定が行われます。続いて、介護認定審査会において2次判定が行われ判定が確定します。

介護認定審査会資料の主治医意見書は直近3か月以内に受診している必要があります。このため、申請者は申請前概ね1か月半から申請後10日程度の期間に受診が必要です。

認定結果の通知は、介護保険法第 27 条に基づき、申請日から 30 日以内に認定結果を本人に通知します。ただし、被保険者の状況調査に日数を要するなど特別な理由がある場合には、申請のあった日から 30 日以内に、被保険者に対し結果通知をするためになお要する期間及び、その理由を記載した認定等延期通知書を送付することにより、延期することができます。

(1) 要介護・要支援認定申請

① 介護保険の被保険者資格

ア 第 1 号被保険者と第 2 号被保険者

- ・御前崎市内に住所を有する 65 歳以上の方(第 1 号被保険者)、及び 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者(第 2 号被保険者)が介護保険被保険者となります。ただし、第 2 号被保険者でサービスを利用できる方は、加齢によって起きる「特定疾病」が原因で介護が必要であると認定された方に限られます。

イ みなし 2 号(生活保護 介護扶助 10 割給付対象者)

- ・40 歳以上 65 歳未満の医療保険に未加入で、特定疾病により要介護または要支援状態にある生活保護受給者のことで、介護保険の被保険者ではありません。生活保護法に基づき介護サービスを受ける方です。

② 申請受付

ア 受付窓口

- ・高齢者支援課と支所（地域包括支援センターおまえざき）が申請の受付窓口になります。ただし、地域包括支援センターおまえざきで受理できる申請は、御前崎地区在住者の新規申請のみです。

イ 申請日の取扱い

- ・窓口での受付日が申請日となります。
- ・申請日（サービスの開始日）が閉庁日の場合は、翌開庁日に限り 1 日付けでの申請を受付けます。

※受付は、開庁日の月曜日から金曜日(祝日を除く)までの午前 8 時 15 分から午後 5 時までとなります。

③ 申請区分ごとの対象者等

ア 新規申請(法第 27 条、法第 32 条)

○対象者

- ・過去に全く認定を受けていない方
- ・前回申請の介護認定結果が「非該当」の方
- ・認定を受けたことがあるが既に認定有効期間満了している方
- ・年齢到達前の申請

○申請が可能な時期

- ・65 歳以上の方については、要介護認定を受けようとする時に随時申請可能です。
(主治医に相談し意見書を記載してもらえるか確認してください。)
- ・年齢到達前の認定申請については、年齢到達日(誕生日の前日)の 3 か月前から申請可能です。

○その他

- ・過去に全く認定を受けていない方については、状況により地域包括支援センターにて聞き取りを行います。介護者の意見を聞き取り介護保険サービスが必要な状態であるか確認するとともに介護保険の概要について説明し、適切かつ円滑に手続きが行えるよう支援します。

イ 更新申請(法第 28 条、法第 33 条)

○対象者

- ・現在の認定有効期間満了後も引き続き介護(支援)が必要である方

○申請が可能な時期

- ・認定有効期間満了の 60 日前から認定有効期間満了日まで可能。例えば、1 月 31 日で有効期間満了の場合、60 日前である 12 月 2 日から更新申請が可能です。

※要介護・要支援認定を受けている方には、認定有効期間満了の 60 日前に、高齢者支援課から更新のお知らせを郵送しています。

○その他

- ・認定有効期間を過ぎると介護保険の適用にならないため、現在サービスを利用している方については、認定有効期間内に申請してください。更新のお知らせを受領した日から申請できます。

ウ 区分変更申請(法第 29 条、法第 30 条、法第 33 条の 2)

○対象

- ・要介護・要支援認定を受けた方が、その介護の必要の程度が現に受けている要介護・要支援認定に係る要介護状態区分以外の要介護状態区分に該当すると認められる方

○申請が可能な時期

- ・認定有効期間中、主治医やケアマネジャーと相談後、必要に応じて随時申請が可能です。

○その他

- ・介護認定審査会の審査判定の結果、前回申請と同じ要介護度になると、区分変更申請却下となります。
- ・認定有効期間満了日の 60 日前から満了日までの間に区分変更申請された場合で、介護認定審査会の審査判定の結果、従前の要介護・要支援状態区分を変更する必要がないと認めたときは、当該申請を要介護・要支援更新認定の申請とみなし、更新認定(みなし更新)となります。

エ 転入申請(法第 36 条)

○対象

- ・他の市町村(前住所地)で認定を受けた方が、御前崎市へ転入し、当該認定を引き継ぐことを希望する方

○申請が可能な時期

- ・転入日から 14 日以内
- ・前住所地の要介護・要支援認定を 6 か月引き継ぐことができます。

○その他

- ・高齢者支援課で前住所地での介護認定状況を確認した後、決定通知書及び被保険者証郵送となるため、手元に届くのは、1週間程度を要します。
- ・認定有効期間は、原則、転入日からその月の末日までの日数に加え6か月です。

○受給資格証明書について

- ・平成29年11月13日からマイナンバーの本格運用開始に伴い、情報連携可能な事務手続として、「住所移転後の要介護・要支援認定の要件確認」における受給資格証明書の添付は省略可能とされました。しかし、各市町村で取扱いが様々であり引き続き発行している市町村からの転入者については従前どおりの扱いとします。

(2) 第2号被保険者の認定申請・申請書記載方法等について

① 資格要件等の確認

- ・市町村の区域内に住所を有する40歳から65歳未満の医療保険加入者であること

② 認定の要件（介護保険を利用できる方）

- ・介護保険の対象となる病気(特定疾病)が原因で介護が必要であると認められる(要介護・要支援認定を受ける)こと。

※医療保険加入者とは、医療保険各法による被保険者・組合員及びその被扶養者をいいます。(法第7条・第6～8項)

③ 添付書類の確認

- ・医療保険の保険証の提示が必要です(規則第35条第2項)。保険証については有効期間を確認し、写しを申請書に添付します。
- ・特定疾病名の確認が必要です。

【特定疾病名一覧】

1 筋萎縮性側索硬化症	10 脳血管疾患
2 後縦靭帯骨化症	11 パーキンソン病関連疾患
3 骨折を伴う骨粗しょう症	12 閉塞性動脈硬化症
4 多系統萎縮症	13 関節リウマチ
5 初老期における認知症	14 性閉塞性肺疾患
6 脊髄小脳変性症	15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
7 脊柱管狭窄症	
8 早老症	16 がん(医師が医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	

④ 65歳直前の新規申請受付時の注意点

- ・65歳直前(誕生日の3か月前から前々日まで)の新規申請受付時は、特定疾病及びサービス利用希望等について確認し、第1号被保険者としての申請(65到達申請)か、第2号被保険者としての申請かを必ず確認します。

○特定疾病がある場合

- ・第2号被保険者として受け付けます。(医療保険の保険証の写しが必要)
- ・65歳到達前にサービス利用希望がある場合は、第2号被保険者として受け付けます。

- ・65歳到達までサービス利用希望がない場合、65到達について説明し、第1号被保険者として受付けます。

○特定疾病がない場合

- ・第1号被保険者(65歳到達)として受付けます。

(3) 末期がん等の要介護認定について

末期がん等の申請者は、心身の状況が急速に悪化し、申請後短期間で亡くなる場合があるため、状況を適切に把握し早期に認定調査を実施する必要があります。

なお、申請受付時には申請者の心情に配慮し、無理に状況を聞くことはありません。

① 確認事項

- ・現在の病状について医師からどのような説明を受けているか(病名、がんのステージ、余命など)
- ・今後予想される病状の変化について(どれくらいの期間にどのような変化が予想されるか)
- ・治療方針や療養状況として、退院予定、暫定サービス利用予定、ホスピス等施設利用の予定
- ・本人はがんの告知を受けているか

② がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について

- ・平成31年2月19日付け、厚生労働省老健局老人保健課から各都道府県介護保険主管部(局)あて事務連絡により、「特定疾病の名称の記入について」及び「特定疾病の確認について」、下記のとおり示されています。

○特定疾病の名称の記入について

- ・特定疾病の名称の記入に当たっては、「がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

○特定疾病の確認について

- ・申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかを留めるなど、申請者の心情に配慮した対応を行いません。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するか否かを申請者に確認する必要はありません。

(4) 申請に必要な書類

① 介護保険要介護認定申請書

② 主治医意見書問診表

- ・ご家族(被保険者の心身の状態が分かる方)に記載いただきます。ただし、医療機関からの紹介(入院中に病院から出された連絡票や申請する時に問診票は必要ないと病院と確認が取れている場合)により申請する場合は不要です。

③ 介護保険被保険者証

- ・申請の際には、被保険者証を添付します。添付された被保険者証は回収します。(ただし、第2号被保険者で認定を受けたことがない方には、被保険者証は発行されていません。)
- ・紛失等の理由で添付がない場合については、添付が無くても申請を受付けます。

④ 医療保険の保険証(写し可)

- ・第2号被保険者または社会保険・国保組合などの被保険者の場合は医療保険の保険証(写し)が必ず必要となります。

⑤ 主治医の氏名、所属病院の所在地が分かるもの(お薬手帳と診察券等)

⑥ マイナンバーカード(通知カード等)

(5) 申請書の記入方法

以下を参照し、申請書を記入してください。

項目	記入方法等
介護保険被保険者番号	新規申請で番号が不明の際には未記入でも申請を受理します。
個人番号	未記入でも申請を受理します。
医療保険被保険者証	第2号被保険者または社会保険・国保組合の場合は必須です。
生年月日	65到達申請、40到達申請の場合は、生年月日と申請日を照合し、申請可能な日であるかを確認します。
訪問調査先	実施場所については、原則として日頃の状況を把握できる場所とします。(要介護認定調査員テキスト2009より) 病院・施設に入院・入所し、そこで調査を行う場合は、病院名等を記載します。その際、所在地「病棟名・号室」電話番号も記入します。
前回の要介護認定の結果等	有効期間が切れている場合の申請は、新規申請となります。
過去6か月間の入院入所の有無	短期入所や通所サービスの利用は記入不要です。
調査の立会い者	調査時の状況を確認してもらうために、家族等の立会いを可能な限り求めます。特に、対象者のみでは、生活状況等について調査員に適切に伝えることが困難であると予測される場合は家族等の立会いを求めます。
主治医	・医療機関名、所在地、主治医名全てを記入します。 ・最近の受診日、または予定日は必ず記入します。(入院中の場合は記入不要) 前回受診日から1か月半以上経過している場合は、申請日から概ね10日以内に受診するよう伝えます。
特定疾病名	40歳から64歳の方は必ず記入します。疾病名は主治医に確認してください。
認定関係資料の関係人への情報開示	・介護サービス計画の作成及び介護サービス利用のために、「関係人へ認定関係資料の情報を開示しても良いか」について、本人の同意確認欄は必ず説明及び確認をしてください。 ・被保険者が自署できない場合は代筆者が被保険者の氏名を記入して下さい。
記入の際の留意事項	誤記等があった場合には、二重線で訂正をしてください。訂正印は不要です。修正液は使用不可です。また、鉛筆や消えるペンで書いた申請書は受付できません。

(6) 主治医欄に関する留意ポイント

① 主治医について

- ・診療科目が複数ある、あるいは主治医が複数いるという場合には、現在の心身の状況、介護を要する状況を一番よく把握している医師を主治医とします。(診療科目、主治医名とも複数記入不可です。)
- ・眼科、耳鼻科、皮膚科医師などは、意見書を作成できない場合があるので、当該医師が主治医意見書を書いてくれるか必ず事前に確認をしてください。
- ・歯科医は、介護保険制度上、主治医として認められていません。特に診療科目が「口腔外科」となっている場合は主治医が歯科医師でないか確認してください。

3 申請後の変更について

高齢者支援課等に申請書を提出した後、被保険者の状態の変化等により、入院(入所)、転院(施設の変更)、退院(退所)等となり、認定調査場所や主治医に変更があった場合は、速やかにご連絡ください。

4 申請の取り下げについて

介護サービスを利用する予定がなくなるなど、要介護・要支援認定申請が不要となった場合は、申請の取り下げ手続きを行います。ただし、新規申請を取り下げた場合、対象期間に介護保険サービスの利用があれば、全額自己負担となる可能性がありますので、ご注意ください。

5 申請中における死亡時の対応について

申請中に対象者がお亡くなりになった場合、速やかにご連絡ください。なお、認定調査の実施前にお亡くなりになった場合には、認定結果を出すことができませんので認定取り下げ届を提出してください。認定調査の実施後の場合には、家族と相談して結果を出さない場合は取り下げ届を提出してください。

- ・認定期間中の死亡の場合、取り下げ届は不要です。
- ・サービス利用が無くても相続の関係などで認定結果が必要な場合がありますのでご注意ください。

6 認定の取り消しについて

要介護・要支援認定の有効期間中に、状態が改善した等の事情により、介護サービスを利用する予定がなくなるなど認定が不要となった場合は、認定取消手続きを行います。

○注意点

- ・要介護・要支援認定の有効期間満了後には、取り消しできません。
- ・認定取消をする場合は、必ず事前に高齢者支援課にご連絡ください。

7 介護保険認定情報等提供の手続きについて

(1) 介護保険認定情報等提供依頼書

介護サービス計画作成等の際に要介護認定等に係る資料が必要な場合は、要介護認定等に係る認定情報（介護認定審査会資料、主治医意見書）を請求することができます。

① 申請先

- ・高齢者支援課

② 申請時期

- ・1次判定結果の場合は、認定調査の実施と主治医意見書を受領した後、調査票の確認やシステムへ入力するために日数を要します。要する日数は1～2週間程度ですが、状況により変わります。申請の際は事前に確認をお願いします。
- ・2次判定結果の場合は、認定審査会の翌営業日の午後から資料提供が可能です。
- ・申請の際、事前にご連絡いただくことにより窓口でお待たせしませんのでご協力ください。

③ 資料提供に際しての留意事項

- ・個人情報保護の観点から、担当ケアマネジャーが責任をもって申請し、資料の取り扱いには、特にご注意ください。
- ・被保険者の主治医が、主治医意見書の提示に同意しない場合は、「主治医意見書」は資料提供できません。

④ 転入者 転出者の資料提供

- ・要介護認定を受けていた被保険者が、転入日から14日以内に要介護認定申請を行った場合は、転出元市町村での要介護認定を6か月間引き継ぐこととなっています。御前崎市には要介護認定資料はありませんので、転入前の市町村へお問い合わせください。

(2) 要介護認定等の資料提供に係る申出書（本人同意書）

ご本人やご家族が介護サービス計画又はおむつに係る費用の医療費控除の目的に限り、介護保険認定情報等の提供を受けたい場合は、本人同意に基づき提供します。

① 申請先

- ・高齢者支援課

② 資料提供に際しての留意事項

- ・原則として、被保険者本人の同意に基づき提供するものです。窓口で申出書に必要事項を記載いただき、申請者の本人確認を行い資料提供します。

8 居宅サービス計画作成依頼届出書について

介護認定を受けた後、在宅の介護保険サービスを利用するには、居宅介護支援事業所と契約が必要となります。居宅介護支援事業所に対しケアプラン（居宅サービス計画）の作成を依頼したこと、または依頼先の事業所を変更もしくは依頼を終了したことを市に届け出る際に「居宅サービス計画作成依頼届出書」を提出します。

① 申請先

- ・高齢者支援課

② 申請時期

- ・担当する居宅介護支援事業所が決定した時
- ・担当する居宅介護支援事業所が変更になった時

③ 留意事項

- ・居宅サービス計画の作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに提出してください。

項目	記入方法等
区分	新規 初めて介護サービスを受ける方 事業対象者から要支援・要介護になった方 転入後、御前崎市でのサービスが必要な方
	変更 要支援から要介護になった方 施設を退所して居宅サービスに切り替わる方
介護保険被保険者番号	必須
個人番号	出来る限り記入してください。
被保険者氏名	必須
生年月日	必須
事業者の事業所名	必須
事業所の所在地	必須
事業所番号	必須。複数の番号を持つ事業者の方は記入間違いのないよう注意してください。
事業所を変更する場合の事由等	変更の場合のみ記入。変更する事由を詳細に記入してください。
変更年月日	変更の場合のみ記入。サービス給付を受ける日を記入。変更年月日が被保険者証に記載されます。
事業所の種類	1 該当箇所に○をつけてください。3 該当：はまなでしこのみ
小規模多機能型居宅介護等の利用開始日における居宅サービス等の利用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> にがつく場合は利用サービスを記入してください。月の途中から小規模多機能型居宅介護等のサービスを利用する場合の請求は、前事業者が行ってください。
御前崎市長あて	・被保険者が自署できない場合は代筆者が被保険者の氏名を記入して下さい。新規の場合は届出日が被保険者証に記載されません。
記入の際の留意事項	誤記等があった場合には、二重線で訂正をしてください。訂正印は不要です。修正液は使用不可です。また、消えるペンで書いた申請書は受付できません。

介護保険（要介護・要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

御前崎市長 様

次のとおり申請します。

※医療保険の被保険者証の写しを添付して申請して下さい。

被保険者 (介護等を要する者)	申請年月日	令和 年 月 日																							
	介護保険被保険者番号	0	0	0	0									個人番号 (マイナンバー)											
	医療保険者名称												医療保険者番号												
	医療保険被保険者証 フリガナ	記号											番号						枝番						
	氏名	生年月日	大正・昭和 年 月 日																						
		性別	男 ・ 女																						
	住所	〒 ー											電話番号												
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等											電話番号												
	前回の 要介護認定 の結果等	要支援	1		2		要介護	1		2		3		4		5									
		有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																						
※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入		転出元自治体(市町村)名 () 現在、転出先自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																							
過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等入所入院 の有無(該当に○)	名称等・所在地											期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												
有・無	名称等・所在地											期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日												

申請者	フリガナ												被保険者からみた関係											
	申請者氏名	〒 ー											電話番号											
	住所	平日の昼間に確実に連絡の取れる電話番号(携帯電話・勤務先など) 電話番号																						
日中の連絡先																								

調査の立会い者 (該当に○)	申請者	被保険者からみた関係	家族 ()
	申請者以外	(該当に○)	施設職員・病院職員・ケアマネジャー その他 ()

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・介護医療院)											電話番号											
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

主治医	フリガナ 主治医の氏名												医療機関名											
	所在地	〒 ー											電話番号											
	被保険者の最近の受診日、または予定日	令和 年 月 日 ※入院中の場合は記入不要																						

第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を必ず記入してください。

特定疾病名											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

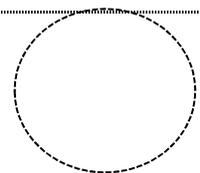
介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成等介護保険事業の適正な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、御前崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

現在の認定有効期間内に更新認定が行われるときは、要介護認定・要支援認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 (代筆者氏名)

御前崎市記入欄

調査日	月	日	()	システム	R	J	資格発行	保険証	保険料	管理簿
調査時間	:						済	済	無	
調査場所							未	未	有	
調査員										



要介護（要支援）認定区分変更申請書

区分変更

御前崎市長 様
次のとおり申請します。

※医療保険の被保険者証の写しを添付して申請して下さい。

被保険者 (介護等を要する者)	介護保険被保険者番号	0000	個人番号 (マイナンバー)		申請年月日	令和	年	月	日				
	医療保険者名称		医療保険者番号										
	医療保険被保険者証 フリガナ	記号	番号		枝番								
	氏名	生年月日	大正・昭和		年	月	日						
		性別	男・女										
	住所	〒		—		電話番号							
	訪問調査先 (上記住所と異なる場合のみ記入)	※病院・施設名、住所等				電話番号							
	前回の要介護認定の結果等	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5			
		有効期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日		
	変更申請の理由 (理由をひとつだけ選んで該当に○)	<input type="checkbox"/> 現在の病状、状態の悪化 <input type="checkbox"/> 入院による状態の悪化 <input type="checkbox"/> 新たな疾患の発生による状態の悪化 <input type="checkbox"/> 転倒、骨折等による状態の悪化 <input type="checkbox"/> 現在の介護度への不服（サービス不足等） <input type="checkbox"/> その他（ ）											
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入所入院の有無(該当に○)	名称等・所在地			期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	名称等・所在地			期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
有・無													

申請者	フリガナ		被保険者からみた関係	
	申請者氏名			
	住所	〒	—	
連絡先	平日の昼間に確実に連絡の取れる電話番号(携帯電話・勤務先など) 電話番号			

調査の立会い者 (該当に○)	申請者	被保険者からみた関係	家族 ()
	申請者以外	(該当に○)	施設職員・病院職員・ケアマネジャー その他 ()

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・介護医療院)
	電話番号

主治医	フリガナ 主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	—	
	被保険者の最近の受診日、または予定日	令和	年	月
		※入院中の場合は記入不要		

第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を必ず記入してください。

特定疾病名	
-------	--

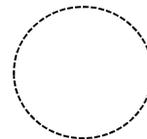
介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成等介護保険事業の適正な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、御前崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

現在の認定有効期間内に更新認定が行われるときは、要介護認定・要支援認定延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 (代筆者氏名)

御前崎市記入欄

調査日	月	日	()	システム	R	J	資格発行	保険証	回収	保険料	管理簿
調査時間							済・未	済・未			
調査場所											
調査員											



介護保険 要介護認定・要支援認定申請取り下げ申請書

御前崎市長 様

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号									申請年月日	年	月	日		
	フリガナ										生年月日	明・大・昭	年	月	日
	氏名										性別	男	・	女	
	住所	〒													
	サービス利用の有無	有 ・ 無	居宅介護支援事業所							電話番号					

提 出 代 行 者	氏名または事業者名	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)											
	住所	〒											
													電話番号

※ 家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記載してください。

取り下げを要する理由	
------------	--

※ 介護保険被保険者証または資格者証を添付してください。

市確認欄

MCWEL処理	主治医意見書	RJ 処理	被保険者証

介護保険 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		0	0	0	0						
		個人番号									
		生 年 月 日									
		大・昭・平		年		月		日			
居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する事業者											
事業者の事業所名				事業所の所在地				〒			
				電話番号				()			
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。							
				変更年月日							
				(年 月 日)							
事業所の種類		1 居宅介護支援事業所 2 地域包括支援センター 3 小規模多機能型居宅介護支援事業所									
小規模多機能型居宅介護等の利用開始日における居宅サービス等の利用の有無		<input type="checkbox"/> 有 利用サービス () <input type="checkbox"/> 無									
小規模多機能型居宅介護等と同一月の居宅サービス（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（認知症対応型共同生活介護は短期利用型のみ）の利用の有無を記入してください。											
御前崎市長 あて											
上記の居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は小規模多機能型居宅介護支援事業者に居宅サービス計画の作成を依頼することを届出します。居宅サービス計画の作成を依頼（変更）する居宅介護支援事業者が居宅介護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居宅介護支援事業者に必要な範囲で提示することに同意します。											
令和		年		月		日					
被保険者		住 所		氏 名		電話番号		()			

(注)

1 この届出書は、要介護認定の申請時に、又は居宅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御前崎市へ提出してください。

2 居宅サービス計画の作成を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、必ず御前崎市に届け出してください。届出のない場合、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。

介護保険 主治医意見書問診票 [御前崎市]

記入日： 年 月 日

これは、介護保険申請した被保険者さん御本人の状態を、より正確に主治医へお伝えするための問診票です。
 お手数ですが以下の質問にお答えください。（御本人または御家族が、お答えになれる範囲で結構です。）
 御記入後は申請書と一緒に御前崎市役所高齢者支援課へ提出してください。

被保険者氏名		男・女	生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
記入者氏名		被保険者から みた続柄		電話番号
ケアマネジャーを頼んでいますか？ (事業所がわかれば記入してください)	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり [事業所名]			

1. 介護保険の認定を受けていますか？

初めて / 要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5

2. 介護保険を申請した主な理由は何ですか？

手足が不自由 寝たきり ひどい物忘れ その他 []

3. 現在、診療や治療を受けている病気がありますか？ ある ・ ない

病名・症状	病院・診療所および診療科名	いつ頃から
		昭和・平成・令和 年 月頃・不明
		昭和・平成・令和 年 月頃・不明

4. 今までに大きな病気にかかったことや手術を受けたことがありますか？ ある ・ ない

病名 (手術名) など	いつ頃
	昭和・平成・令和 年 月頃・不明
	昭和・平成・令和 年 月頃・不明

5. ご本人の状態は6ヶ月前と比べてどうですか？

安定している 不安定 } どんな点が不安定ですか？

6. 身体的な日常生活の様子についてお聞きます。 1つだけ選んで に印を付けてください。

右の項目から1つだけ選んで
 に印をつけてください。

正 常	<input type="checkbox"/> 自立 日常生活上の支障はない。	
自立歩行	<input type="checkbox"/> J 1 自分で (交通機関等を利用して) 外出できる。	※ 杖を使っても、一人で外出ができればここに該当します。
	<input type="checkbox"/> J 2 隣近所なら一人で外出できる。	
介助歩行	<input type="checkbox"/> A 1 介助により外出し、日中は起きて (ほとんどベッドから離れて) 生活している。	
	<input type="checkbox"/> A 2 外出の頻度が少なく、日中は寝たり起きたりの生活をしている。	
車椅子生活	<input type="checkbox"/> B 1 自分ひとりで車椅子に乗り移ることができ、食事、排泄はベッドから離れて行う。	
	<input type="checkbox"/> B 2 介助がなければ車椅子に乗り移ることができない。	
寝たきり生活	<input type="checkbox"/> C 1 排泄、食事、着替えなどにおいて介助を要する。自力で寝返りをうてる。	
	<input type="checkbox"/> C 2 生活全般に介助を要する。自力で寝返りがうてない。	

7. 精神的 (もの忘れの状態など) な日常生活についてお聞きます。 1つだけ選んで に印を付けてください。

右の項目から1つだけ選んで
 に印をつけてください。

<input type="checkbox"/> 自立	特に支障になるようなことはない。
<input type="checkbox"/> I	話がぐどくなり、もの忘れも見受けられるが、生活上の支障はない。
<input type="checkbox"/> II a	道に迷うとか、買い物などで、今までできていたことにミスが目立つようになってきた。
<input type="checkbox"/> II b	電話や訪問者の対応などができず一人で留守番ができないが、日常生活は何とかできる。
<input type="checkbox"/> III a	一人で着替え、食事、排便、排尿がうまくできず時間がかかる。用事もないのに動き回ったり、食べられない物を口に入れたり、大声や奇声をあげたり、注意しても理解できないことがある。
<input type="checkbox"/> III b	上記の状態が週1回以上あり、また、夜間に多くあり、注意しても理解できない。
<input type="checkbox"/> IV	著しい精神症状や問題行動が昼夜を問わずあり、常に目が離せない。

↓ 裏面もご記入ください ↓

8. 理解や記憶についてお聞きします。 (※ 以下、該当する項目を選んで□に印をつけてください。)

・ 前回の食事のことを覚えていますか？ □ 何を食べたか覚えている □ 内容は覚えていないが食べたことは覚えている □ 食べたことも忘れることがある
・ 自分一人の判断や意志で行動できますか？ □ できる □ 多少困難 □ 見守る必要あり □ できない
・ 自分の要求や意志を相手に伝えられますか？ □ できる □ 多少困難 □ 具体的な要求のみ □ できない

9. 日常生活で問題となる行動についてお聞きします。

・ 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 実際には無かったことをあったかのように言うことがありますか？ (例えば、お金や取られたとか、大切な物がなくなった など) □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 昼間は寝ていて夜間に動き回ったり大声を出すことがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 家族や介護者に暴言を吐いたり、暴力を振るうことがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 介護に抵抗したり、または拒否することがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 目的なく動き回ったり外出したり(徘徊)することがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ タバコの火やガスコンロの消し忘れなど火の不始末がありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 便などを触ったり、まき散らしたりすることがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない
・ 本来食べられないものを食べたりすることがありますか？ □ ある ・ □ 時々 ・ □ ない

10. 身体の様子についてお聞きします。

・ 利き腕はどちらですか？(健康なとき) □ 右 □ 左
・ 身長(cm)、体重(kg) ・ 最近6ヶ月間の体重の変化 □ 増加 ・ □ 維持 ・ □ 減少
・ 手、足、指などに欠損がありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ 麻痺により、不自由なところがありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ 筋力の低下により、不自由なところがありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ 関節の動きが悪く不自由なところがありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ 関節の痛みがありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ 会話はスムーズにできますか？ □ できる □ できない
・ 自分の意志に反した体の動き(ふるえ等)がありますか？ □ ある □ ない
・ 床ずれ(じょくそう)がありますか？ □ ある [部位:] □ ない
・ その他の皮膚の疾患がありますか？ □ ある [部位:] □ ない

11. 現在の介護の様子をお聞きします。

・ 屋外で歩いていますか？ □ 歩いている □ 介助があれば歩いている □ 歩いていない
・ 車椅子を使っていますか？ □ 使っていない □ 主に自分で操作している □ 主に他人が操作している
・ 杖や下肢装具を使っていますか？ □ 使っていない □ 屋外で使っている □ 屋内で使っている
・ 食事は自分で食べられますか？ □ できる □ 何とかできる □ できない
・ 健康なときに比べて食事の量が減っていますか？ □ 変わらない □ 3分の2程度 □ 半分以下
・ 一人で着替えができますか？ □ できる □ 一部はできる □ できない
・ 一人で入浴ができますか？ □ できる □ 一部はできる □ できない
・ 一人で排泄(小便・大便)ができますか？ □ できる □ 一部はできる □ できない
・ 薬・金銭の管理が自分でできますか？ □ できる □ 何とかできる □ できない

12. 現在ある状況のすべてにチェックをつけて下さい。

□ 尿をもらす □ 家に閉じこもる □ 意欲がない □ 食事を飲み込みにくい □ 体に痛みがある

13. 利用したいサービスのすべてにチェックをつけて下さい。

□ 訪問看護 □ ヘルパー派遣(訪問介護) □ 介護職員の訪問による相談と支援 □ 入浴サービス
 □ ショートステイ(施設での短期間の入所介護) □ デイサービス(施設での日帰り介護)
 □ デイケア(施設での日帰りリハビリテーション) □ 福祉用具の貸与や購入 □ 住宅改修
 □ 配食サービス □ 施設入所 □ その他[]

14. 【必ず記入してください】 困っていることや希望することを記入。

※ 特に、認知症などで問題行動がある場合には、困っている内容を具体的に記入してください。

.....

介護保険認定情報等提供依頼書

御前崎市 高齢者支援課長 様

事業者名

管理者

このたび介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成等、介護保険事業の適正な運営のために、下記の者について介護保険認定情報等の提供をお願いいたします。なお、資料の提供を受けた際は、下記の厳守事項守り、資料を適正に管理します。

被保険者番号	被保険者氏名	提供依頼書類		担当ケアマネジャー氏名	保険者確認欄
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		
		<input type="checkbox"/> 最新認定調査結果票	<input type="checkbox"/> 年度認定調査結果票		<input type="checkbox"/> 居宅の届出書 <input type="checkbox"/> 支援事業者名 <input type="checkbox"/> 本人同意書 <input type="checkbox"/> 職員証等
		<input type="checkbox"/> 最新主治医意見書	<input type="checkbox"/> 年度主治医意見書		
	<input type="checkbox"/> 本人・家族へ説明済	理由	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書作成のため <input type="checkbox"/> 施設の入所契約を結んだため		

※ 該当する欄のチェックボックスに☑をつけてください。

※ 一次判定又は二次判定結果の区分については、申請時点の最新情報を提供します。

厳守事項

本人の介護サービス計画作成以外の目的には使用しないこと。

使用にあたっては、個人のプライバシーの保護を第一に努め、計画作成を行うこと。

要介護認定等の資料提供に係る申出書（本人同意書）

年 月 日

御前崎市長 殿

私は、下記により介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料について、提供されるよう申し出ます。

申 出 者	氏 名			
	住 所	電話（ ）		
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 被保険者との関係（ ）		
被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	生年月日		性 別	男・女
	住 所	御前崎市		
提 供 資 料		<input type="checkbox"/> 認定審査会資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書		

資料の提供を受けた際は、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 提供を受けた資料は介護サービス計画の作成またはおむつに係る費用の医療費控除以外の目的には使用しません。
2. 御前崎市から提供資料の提示又は提出若しくは返還を求められた時は、いつでもこれに応じます。

本人（親族）署名_____

介護保険制度・介護保険料に関する Q&A

御前崎市 高齢者支援課

令和2年3月

vol. 2

介護保険制度・介護保険料に関する Q&A

【介護保険制度について】

Q1	介護保険は 64 歳までと 65 歳からでは何が変わりますか？	2 ページ
Q2	介護保険料は何に使われるのですか？	2 ページ
Q3	介護サービスを利用しない場合、介護保険料は戻りますか？	2 ページ
Q4	介護保険を利用していない（利用するつもりがない）が介護保険に入らなくてはいけないのですか？	2 ページ
Q5	介護保険をやめたい・介護保険料を納めたくないのですが。	3 ページ
Q6	介護保険料を納めないとどうなりますか？	3 ページ

【納付方法・保険料額について】

Q7	65 歳未満の介護保険料はどのようになっていますか？	4 ページ
Q8	65 歳以上の介護保険料の納め方は？	4 ページ
Q9	65 歳以上ですが会社で働いて給料をもらっている場合、介護保険料はどのように納めるのですか？	4 ページ
Q10	65 歳になって介護保険料の納付書が届きました。健康保険からも介護保険料を支払っていますが、両方支払うのですか？	5 ページ
Q11	口座引落としで介護保険料を納められますか？	5 ページ
Q12	65 歳になったら納付書が届きました、年金から天引きにならないのですか？	5 ページ
Q13	介護保険料を年金天引きにするにはどんな手続きが必要ですか？	5 ページ
Q14	介護保険料が年金から天引きされていないのですが。	6 ページ
Q15	年金から天引きされているのに納付書が届いたのですが。	6 ページ
Q16	御前崎市に転入しましたが、すでに介護保険料が年金から天引きされているのに納付書が届きました。二重払いではないですか？	6 ページ
Q17	年金からの天引き（特別徴収）をやめたい・納付書での納付（普通徴収）に変更したいのですが？	7 ページ
Q18	同じくらいの年金額の人と介護保険料が違うのはなぜですか？	7 ページ
Q19	介護保険料は何歳まで支払う必要がありますか？	7 ページ

【納付の相談について】

Q20	保険料を納めることが難しいのですが。	8 ページ
Q21	過去の納め忘れた保険料を納めたいのですが？	8 ページ

【介護保険制度について】

Q1	介護保険は 64 歳までと 65 歳からでは何が変わりますか？
A	40～64 歳の方は、介護保険第2号被保険者になります。特定疾病（加齢に起因する国が定めた 16 種類の疾病）により、介護が必要であると市から認定された方が介護サービスを利用できます。介護保険料は、加入している医療保険の保険料に含まれています。 65 歳以上の方は、介護保険第1号被保険者になります。介護が必要であると市から認定された方が、介護サービスを利用できます。介護保険料の金額は、基準額をもとに、課税状況や所得に応じて決められ、医療保険の保険料とは別に納めま す。

Q2	介護保険料は何に使われるのですか？
A	納められた介護保険料は、介護サービスを利用している方のサービス費など、介護保険運営のために使われています。介護保険制度は、被保険者の介護保険料とともに、国・県・市が負担する公費を財源として運営されています。 負担の内訳は、公費（国・県・市の負担分）：50%、40～64 歳の介護保険料：27%、65 歳以上の介護保険料：23%となります。

Q3	介護サービスを利用しない場合、介護保険料は戻りますか？
A	医療保険と同じで、サービスを利用しなくても介護保険料は戻りません。介護の負担を社会全体で支えていく制度のためご理解ください。

Q4	介護保険を利用していない（利用するつもりがない）が介護保険に入らなくては いけないのですか？
A	介護保険は、介護の負担を社会全体で支え合う社会保障制度です。サービスを利用する、しないにかかわらず、40 歳～64 歳の医療保険加入者、65 歳以上の方 全員が被保険者となります。

Q5	介護保険をやめたい・介護保険料を納めたくないのですが。
A	介護保険制度は、介護の負担を社会全体で支えるという理念のもとに、介護保険法で定められたもので、任意で脱退することはできません。また、被保険者には介護保険料の納付義務があります。

Q6	介護保険料を納めないとどうなりますか？
A	<p>特別な理由がなく介護保険料を滞納すると、保険給付が制限され、サービスを利用するときに多額の負担が必要となる場合があります。</p> <p>(1) 1年以上の滞納 利用したサービス費用の全額(10割分)をいったんご自分で負担していただくこととなります。市へ申請すると、保険給付相当分が後日支払われます。</p> <p>(2) 1年6ヶ月以上の滞納 利用したサービス費用の全額(10割分)をいったんご自分で負担していただくこととなります。市へ申請すると、保険給付相当分から滞納している保険料を差し引かれて後日支払われることがあります。</p> <p>(3) 2年以上の滞納 未納期間に応じて割り出された期間、自己負担の割合が引き上げられます(負担割合が1割または2割の方は3割、負担割合が3割の方は4割となります)。また、高額介護サービス費等(利用者負担が一定額を超えたときに支給)が受けられなくなる場合があります。なお、納期限から2年経過した介護保険料は、さかのぼって納めることはできません。</p>

【納付方法・保険料額について】

Q7	65歳未満の介護保険料はどのようになっていますか？
A	40歳以上 65歳未満の方は、医療保険分の保険料と介護保険分の保険料を合わせて納めます。保険料額は、加入している医療保険者（国民健康保険、健康保険組合など）が所得などに応じて決定します。詳細は、加入している医療保険者にお問い合わせください。

Q8	65歳以上の介護保険料の納め方は？
A	<p>以下3つの方法になります。</p> <p>(1) 年金支給の際に、介護保険料が年金から差し引かれる（特別徴収） 65歳以上の方は、原則的に特別徴収での納付になります。</p> <p>(2) 納付書で納める（普通徴収） 年金の年額が18万円未満の方、年度の途中で65歳になった方、転入した方など特別徴収ではない方で、口座振替の登録のない方。</p> <p>(3) 口座振替で納める（普通徴収） 年金の年額が18万円未満の方、年度の途中で65歳になった方、転入した方など特別徴収ではない方で、口座振替の登録が済んでいる方。 (2)の納付書で納めている方は、口座振替依頼書を提出することにより口座振替での納付に切り替えることができます。</p>

Q9	65歳以上ですが会社で働いて給料をもらっている場合、介護保険料はどのように納めるのですか？
A	年額で18万円以上の年金を受給している方は、年金から徴収されます。年金からの徴収が開始されるまでは、納付書または口座振替で納めます。会社で働いていても、医療保険に上乘せされることはありません。

Q10	65 歳になって介護保険料の納付書が届きました。医療保険からも介護保険料を支払っていますが、両方支払うのですか？
A	65 歳になった月分からは、医療保険での介護保険料の負担はなくなります。今後は届いた納付書等で医療保険とは別に介護保険料をお支払いください。医療保険に含まれる介護保険料については、加入している医療保険者にお尋ねください。また、国民健康保険に加入している場合は、65 歳になることを見越して、あらかじめ介護保険料分を差し引いた金額で計算されています。

Q11	口座引落としで介護保険料を納められますか？
A	納付書で介護保険料を納めている方は、口座振替が利用できます。市役所高齢者支援課または口座のある金融機関へ、通帳と届出印を持ってお申し込みください。登録ができる金融機関は、静岡銀行、島田掛川信用金庫、遠州夢咲農協、ハイナン農協、静岡県信漁連、ゆうちょ銀行です。特別徴収（年金天引き）で納付している方や 40 歳～64 歳の方で医療保険と一緒に納付している方は、納付方法を変更できませんのでご了承ください。

Q12	65 歳になったら納付書が届きました、年金から天引きにならないのですか？
A	65 歳になられてしばらくの間（半年から 1 年程度）は、納付書での納付になります。年金保険者（年金機構や共済組合）の手続きが完了し、年金からの天引きが始まる時は、高齢者支援課から通知をお送りしますので、それまでの間は納付書で納めてください。また、年金を受給していても年額 18 万円未満の場合は、年金から天引きになりません。

Q13	介護保険料を年金天引きにするにはどんな手続きが必要ですか？
A	介護保険料の年金天引き（特別徴収）の開始に手続きは必要ありません。18 万円以上の年金があり、特別徴収を開始できない理由がなければ、半年から 1 年を目安に特別徴収が開始されます。それまでは納付書や口座振替での納付をお願いします。

Q14	介護保険料が年金から天引きされていないのですが。
A	<p>介護保険料は、特別徴収（年金からの天引き）が原則ですが、次のような場合には普通徴収（納付書または口座振替による納付）となります。</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 年金の年額が 18 万円未満の場合 (2) 年度の途中で 65 歳になった場合 (3) 他の市区町村から転入した場合 (4) 年度途中に、修正申告や世帯状況の変更で所得段階の区分が変更となった場合 (5) 年金の再裁定など年金の種類や金額が変更された場合（特別徴収が継続される場合もあります。） (6) 年金の支払いが停止（一部停止）になった場合 (7) 年金を担保に借り入れを行った場合 (8) 年金の繰り下げ受給手続きをした等、年金を受給していない場合

Q15	年金から天引きされているのに納付書が届いたのですが。
A	<p>年度の途中で課税状況の変更等（修正申告や世帯状況の変更）により、介護保険料の段階が変わり年間保険料が変更になった場合、年金から天引きと納付書との両方で納めていただくことがあります（併用徴収）。</p> <p>また、これまで年金天引き（特別徴収）で納付していても、納付書や口座振替での納付（普通徴収）に切り替わることがあります。</p>

Q16	御前崎市に転入しましたが、すでに介護保険料が年金から天引きされているのに納付書が届きました。二重払いではないですか？
A	<p>年金から天引きされている介護保険料は前の住所地の介護保険料です。いずれ天引きは停止され、納すぎがあれば前住所地から還付について連絡があります。</p> <p>今後は御前崎市で介護保険料を納めていただきますが、すぐに年金からの天引きを開始できません。年金から天引きが開始されるまで、納付書での現金納付をお願いします。</p>

Q17	年金からの天引き（特別徴収）をやめたい・納付書での納付（普通徴収）に変更したいのですが？
A	介護保険法で、年金からの徴収（特別徴収）を原則とすることが定められており、老齢・退職年金、遺族年金、障害年金の支給額が年額 18 万円以上の場合は、年金からの徴収となります。希望により年金からの徴収を停止することや、納付方法を選択することはできません。

Q18	同じくらいの年金額の人と介護保険料が違うのはなぜですか？
A	世帯の住民税課税状況の違いによる差である場合があります。介護保険料は本人の収入状況の他に、世帯の住民税課税状況も影響します。本人の年金額や収入状況が同じであっても、世帯に住民税課税者がいるかないかで、介護保険料が異なります。

Q19	介護保険料は何歳まで支払う必要がありますか？
A	介護保険料を支払う対象年齢に上限はありません。終身負担していただきます。また、要介護状態になっても支払う必要があります。

【納付の相談について】

Q20	介護保険料を納めることが難しいのですが。
A	介護保険料を納めることが難しい場合は、高齢者支援課へご相談ください。事情によっては徴収の猶予や、減額免除を受けられることがあります。また分納などの納付相談も行っています。 なお、介護保険料を納めないでいると、サービスを利用する際に給付制限（Q6 参照）を受ける場合があります。

Q21	過去の納め忘れた介護保険料を納めたいのですが？
A	過去 2 年間までの介護保険料は納めることができます。納付書を発行しますので、高齢者支援課までご連絡をお願いします。 また、納期限から 2 年経過し時効となった介護保険料は、さかのぼって納めることができません。サービス利用時に給付制限（Q6 参照）を受けないためにも忘れずに納めてください。