

介護保険事業に関するスケジュール

介護給付係

令和8年度介護保険関連スケジュール（予定）

時 期	項 目
4 月	介護保険料特別徴収（仮徴収）通知
5 月	
6 月	令和8年度介護保険料決定通知 利用者負担軽減制度更新手続き（下旬案内発送予定）
7 月	利用者負担割合証発送（上旬発送予定）
8 月	
9 月	
10 月	要介護認定調査員現任者研修会
11 月	
12 月	
1 月	障害者控除等認定書発行
2 月	
3 月	

その他

項 目	時 期
介護保険料決定通知（資格取得者）	6月から翌年4月
介護保険料催告書	4月、7月、10月、1月
介護保険料督促状	毎月20日頃
介護保険料口座振替不能通知	毎月5日頃
償還払（福祉用具、住宅改修）振込	毎月20日頃
償還払（高額医療合算介護サービス費）振込	毎月25日頃
償還払（高額介護サービス費）振込	毎月25日頃
受給者異動連絡票（市→国保連）	毎月5日頃
過誤調整申立（事業所→市）	月末まで
要介護認定等更新対象者名簿送付	毎月20日頃

事務連絡
令和8年3月16日

介護保険施設 施設長 様
地域包括支援センター
居宅介護支援事業所
小規模多機能型居宅介護事業所
看護小規模多機能型居宅介護事業所
認知症対応型共同生活介護事業所
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所
特定施設入居者生活介護事業所
(各事業所 管理者様)

御中

福祉環境部高齢者福祉課
(介護給付係)

介護保険要介護認定申請書の一部変更について (お知らせ)

平素より、介護保険行政の推進に対しまして、ご理解ご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、介護保険法施行規則の一部改正に伴い、令和8年4月1日より要介護認定申請書について、下記のとおり変更となりますのでお知らせいたします。

ご確認くださいませようお願いいたします。

記

【変更点】 同意欄の変更について

- ① 「包括的同意」の内容を追加
市が今後（令和9年4月）予定している、介護情報基盤（介護情報等を閲覧共有・管理するための情報基盤）に対応するため、申請時に「**包括的同意**」の取得を行うこととなり、申請書様式が変更となります。
 - ② 認定延期通知の省略を廃止
- ※ 申請書の使用について
令和8年4月1日以降に申請される方 → 新様式を使用
令和8年3月31日までに申請される方 → 旧様式を使用
- ※ 新様式については、益田市ホームページに3月下旬に掲載いたします。

福祉環境部 高齢者福祉課 大石
TEL 0856-31-0682
FAX 0856-24-0181
Email koreifukushi@city.masuda.lg.jp

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新
区分変更 転入

益田市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名	本人との関係
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) (担当者名)
申請者住所	〒 電話番号 () その他連絡先 ()

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

介護保険 被保険者番号	個人番号		
医療 保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者	記号 番号 枝番	
フリガナ	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
氏名	性別	男 ・ 女	
住所	〒 益田市 電話番号 ()		
被 保 険 者	前回の要介護 認定の結果等	要介護・要 支援更新、 変更申請の 場合のみ	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日 から 年 月 日
		※14日以内 に他自治 体から転 入した者 のみ記入	転入元自治体(市町村)名[] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定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 年 月 日
	変更申請の理由	変更申請をする方のみ記入してください。	
過去6月間の 入院、入所状 況の有無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	
	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	
有 ・ 無	介護保険施設、医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～年 月 日	

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

特定疾病名

変更箇所

(裏面)

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、益田市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、益田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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

《同意欄》 本人 ・ 代筆 本人氏名 _____

調査の立会	1. 立会する	2. 立会しない
	立会人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外（氏名 _____）続柄 _____	
	連絡先 _____	

—注意—

- ・印刷する際には両面で印刷して下さい。
- ・両面印刷ができない場合は左上を糊付けし、貼り付けて下さい。

※保険者記入欄

個人番号等確認	
・代理権確認 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
・申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
・本人の番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
備考	

介護認定申請の一連にかかる依頼事項について

①申請書の記載について

- ・新規申請については、被保険者の状況をできる限り把握した状態で調査を実施したいため、被保険者の現状を申請書の裏面に詳しく記載してください。
(申請のきっかけになった原因・身体状況・留意すべき精神や認知面の状況・利用したいサービスの内容等)
- ・区分変更申請については、変更理由を必ず記載いただき、変更理由は具体的に記載してください。(入院理由や、悪化した身体の部位の状況等)
- ・市の調査員が調査を実施する更新申請については、現在のサービス利用状況を申請書の裏面に記載してください。
- ・小規模を利用中の方の申請については、調査場所が把握できるよう、被保険者の1週間の施設利用日数を申請書の裏面に記載いただき、調査場所の指定をされたい場合は調査場所を記載してください。また、在宅と小規模を兼用されている方が小規模で調査をする場合で、同居家族がいらっしゃる方については、できる限りご家族が調査に立ち合いしていただくよう、申請時に調整してください。
- ・介護保険施設に入所中または入居中の方の申請については、過去6ヶ月間の入院、入所状況の有無の欄に施設名と入所日を記載してください。

②認定調査票の記載について

- ・被保険者区分、サービス区分、住宅改修は記入漏れが多いためご注意ください。
- ・認定調査員資格コード、委託区分コードは記入漏れ、及び、重複記載が多いためご注意ください。
- ・生年月日は、年と日が一桁の数字の場合は、左の0のマークも記入してください。
- ・認定申請日と実施日については、日が一桁の数字の場合は、左の0のマークも記入してください。
- ・現在受けているサービスの状況については、右詰めでマークの記入をしてください。

③特記事項の記載について

- ・審査会資料に申請書は無いため、区分変更申請の特記事項については、1枚目の上段に変更理由を記載してください。
- ・特記事項は選択した根拠を端的に記載いただき、2枚で収まるようにご協力ください。
- ・4群の選択が特記事項と異なっているものが多いため、頻度と選択を確認してください。(週に1回以上あるは、ときどきあるではなく、あるが選択になります。)