地域ケアプラザ 代表者様 指定居宅介護支援事業所 管理者様 地域密着型介護老人福祉施設 施設長様 介 護 保 険 施 設 施 設 長 様

横浜市健康福祉局介護保険課長

平均所要日数短縮への取り組みに向けた協力依頼について(お願い)

新秋の候ますすご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、本市の介護保険制度の実施にご協力いただき厚くお礼申し上げます。

本市における介護保険の認定申請から認定決定までの所要日数は、平均39.7日(令和3年度実績)であり、法令基準を大幅に超過しています。本市として、被保険者の円滑な介護保険サービスの利用に資するために、認定までの平均所要日数の短縮に向けて鋭意努力しているところです。

上記の趣旨をご理解いただいたうえで、以下の取り組みに関してご協力をお願い申し上げます。

1 主治医欄記載の際の確認の徹底について

医療機関から、「介護保険の申請について聞いていない」、「一定期間受診していない」、「他の医療機関に転院している」等の理由により意見書の作成ができない等の状況が度々報告されています。 つきましては、申請書を記入する際は、<u>医療機関名、最終受診月をご確認</u>いただくとともに、<u>医</u>療機関への連絡や被保険者の受診勧奨等のご協力をお願いします。

2 更新申請書の提出について

更新申請については、認定有効期間満了の 60 日前から申請を行うことができますが、月初に申請が集中しています。それに伴い、区役所の事務処理、認定調査の実施、介護認定審査会が滞留しやすくなっています。今後、速やかな認定結果通知のため、提出時期をずらして申請していただきますよう、ご協力をお願いします。

3 更新申請の調査受託について

今後も増え続ける申請件数に対応するため、更新申請における認定調査受託について、積極的にご協力をお願いします。また、認定調査を実施した際は、認定調査票を速やかにご提出ください。

4 参考資料 (別添参照)

·介護保険(要介護·要支援)認定申請書

(担当) 健康福祉局介護保険課 認定担当 TEL 671-4256 FAX 550-3614 kf-kaigonintei@city.yokohama.jp

介護保険(要	: 小	支援状態区分変更 変更) □転入
(申請先) 横浜	*右の該当するものに「レ」点をつけてください。	
次のとおり申請しま		年 月 日
申請者(認定を受けようとしている方)	
フリガナ	介護被保険者番号	
氏		l l
住所	华尺十六 一十	
横浜	新様式	
上記		
		·
場合ご記	和4年8月以降順次変	2 史 屮
中・国		
は、・		
ます。)	□有料老人ホーム□その他 入所(予定)期間: 年 月 日 ~	· 年 月 日
現在(最終)認定区	☑分 □なし □要支援1 □要支援2 □要介護1 □要介護2 □要介護3 □	要介護4 □要介護5
他自治体から転入の場	場合 転出元自治体(市区町村)名() 転出元で要介護認定申請中の場合 申	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)	
区分変更申請の理由	日(区分変更申請のみ記入)	
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(<u> </u>
		入の方は「横浜市」、神奈川県
(医療)保険者名称	□ 後期高齢者医療 □ その他の社会保険等 □ その他の社会保険等	は「神奈川県」、その他の社会 D名称をご記入ください。
(- I) - I		
(医療)保険者番号	記号・番号(枝番)	
	認定及び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	
	:意見書を、横浜市から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8 :──ビス事業者又は指定市町村事務受託法人の関係人及び主治医意見書を記載した医師並びに認定調査に従事した調査:	
(更新申請の場合のみ)	私は、申請から 30 日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します	•
申請者(認定	を受けようとしている方)氏名	
	5(申請者ご本人の場合は記載不要) - 表以は、中語表しの思なく	
こ家族等提出代行	「者以外 申請者との関係() 提出代行者(該当サービスに〇をつけてください) 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介	· 誰 老 人 垣 址 体 訟 • 介 誰 医 療 腔
氏 名:	・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域では、	
	名 称:	
住 所:	所在地:	
電話番号 : 受理年月日	() 電話番号: ()) () () () () () () () ()	 □提出代行者と同じ)
又任十月日	* 区役所処理欄 受 付 □窓口(□包括) □その他 受 付 入 力	口延山17月1日と同じ)
	被保険者証 □回収済 □未収(□紛失) 保険料未納	□なし □あり
	資格者証 □手渡し □郵送(□施設 □自宅) 同時申請	□あり()
	調査指示 □直営() □振興会 □委託()
	│ 意見書依頼 │□手渡し □本人宛郵送 □医療機関郵送 □その他()

1 2 3 4 5	を柄(参考) 筋萎縮性側昇 後縦靭帯骨化骨折を伴う骨 多系統萎縮症 初老期におけ 脊髄小脳変性	と症 粗鬆症 定 ける認知			8 9 10	糖尿病性 超行性	性神経障害 性腎症及で 疾患 =核上性麻	手、 が糖尿病性 連、大脳原 ーキンソンり	皮質基底	15	閉塞性動別 関節リウマニ 慢性閉塞性 両側の膝関 い変形を伴 がん	チ 生肺疾患 関節又は股関	
※第2 ⁻ 第1号	疾病情報(1 号被保険者(4) 被保険者(65篇 調査日程調整	O歳以上 &以上)の	:65歳)方は.	未満の 、医療係)医療 保険被	保険加 <i>)</i> 保険者記	入)の方は区 正や後期高齢	【役所への医 令者医療被保	療保険被保 除者証の提	険者 示は	証(写)の提示	にご協力願い	_
□ 申請者ご本人□ 申請書を提出した方□ その他(右欄に記入)⇒			住	名 所 _又は掛	隽帯		()	申請 FA〉		の関係 (())
訪問調	査当日の立会	*い者(8先 5施設 取			 対象者のE	旧の状況を	・把握してし	いる方		<u></u> Eす))
□ 上ii	記日程調整者の の他(右欄に記 会い者なし	と同じ	氏住	名 所 _又は挑		r v majan.	())関係()
手続き 訪問	を 円滑にする 都合が 悪い日							ださい。認	定調査は原	原則平	² 日の日中に	二行います。	
調査	訪問先	・自宅・施設		病院(その(t							病棟	階	号室))
次回通	通院予定日	令和	<u></u>	年	月	日							
その他	 也特記すべき				-			所•入院状	況、疾病∙認	忍知症	の状況等、記	認定手続にあ	あたり留意すべ

提出代行者の認定調査受託について 可・不可