

令和8年2月18日

介護老人福祉施設 施設長 様

介護老人保健施設 施設長 様

健康福祉局長寿社会部介護保険課長

要介護認定・要支援認定申請書等の様式の改正について（通知）

時下ますます御清栄のこととお喜び申し上げます。

日頃から本市の市政運営に御尽力を賜り厚く御礼申し上げます。

「要介護認定等の実施について」の一部改正について（令和7年11月20日付老発1120第2号厚生労働省老健局長通知）において、令和8年4月1日から開始される介護情報基盤に対応した認定申請書の標準様式が示されました。これに伴い、本市の介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書（第6号様式）の同意欄の上段（情報の提供に関する部分）について令和8年4月1日付で国の様式に揃える改正を行います。

介護情報基盤とは

要介護認定や介護保険サービスの提供に必要な情報を、市町村・介護事業所・ケアマネジャー・医療機関等が、適切に共有・活用できるようにする国の仕組みです。

これまで、市町村に対し、電話や文書等で確認していた認定情報等の個人情報について、電子的に確認できる環境を整えることで、事務の効率化やサービスの質の向上を図ることを目的としています。

※本市における介護情報基盤への情報連携につきましては、令和10年4月1日開始を予定していますが、正式な情報連携時期が決定しましたら改めてお知らせします。

1 改正内容

（1）情報提供に関する同意内容について ※別紙資料を参照

【現行】

認定結果及び川崎市に届け出ている居宅介護（介護予防）支援事業所名を、意見を求めた主治医に提供する。

【改正後】

包括的同意の導入

①利用される情報の範囲

介護保険制度の運用に必要な範囲に限定される。

- ・ 要介護認定に関する情報（認定調査結果、主治医意見書等）
- ・ 介護保険サービスの給付管理・確認に必要な情報
- ・ その他、介護保険法及び関係法令に基づき、市町村が行う事務に必要な情報

②利用目的の範囲

①の情報は、以下の目的に限って利用される。

- ・ 要介護認定（新規・更新・区分変更）
- ・ 介護保険給付の適正な管理
- ・ 利用者に対する適切な介護サービス提供のための確認
- ・ その他、介護保険法に基づく市町村事務

包括的同意とは

要介護認定や介護保険サービスの提供・給付管理等を適切に行うため、法令に基づき必要な範囲で、本人の医療・介護に関する情報を要介護認定申請時に一括して取得・利用することについて同意を得るもの。

なぜ包括的同意が必要なのか…

- ・ 要介護認定や給付管理は、医療・介護情報に基づく制度であるため
- ・ 国の整備する介護分野のデジタル化（介護情報基盤への情報連携）に対応するため
- ・ 手続きごとに個別同意を取らず、申請時にまとめて確認することで、利用者・事業者双方の負担を軽減するため

なお、延期通知の省略に関する同意内容については、今後も確認する必要があるため、削除せずにそのまま残すことといたします。

（２）記名押印の廃止

【現行】 自署できない場合は記名押印

【改正後】 上記を削除

本人氏名の記名があれば、本人の同意を得たうえで記入されたとみなし、受理いたします。

２ 新様式の取り扱い及び経過措置について

令和８年４月１日以降の申請については、新様式を使用してください。

経過措置として一定期間（令和８年４月１日～令和８年５月３１日（予定））は旧様式も使用可とし

ます。ただし、この場合の同意欄の取扱いについては、新様式の同意内容に読み替えるものではないため、旧様式で申請する場合は本人に包括的同意をするかどうか確認していただく必要があります。確認後、以下の対応となります。

(1) 包括的同意をする場合

新様式の同意欄に記名し、追加提出する。

(2) 包括的同意をしない場合

旧様式の同意欄に記名があったとしても、同意がないものとみなす。

3 今後のスケジュール（予定）

令和8年3月1日～：市ホームページ、窓口等で新様式配布開始

令和8年4月1日～：新様式での運用開始（併せて経過措置への対応開始）

令和8年5月31日：経過措置期間終了 ※経過措置終了後は旧様式の申請書は受理できません。

3月1日から新様式の配布（市ホームページ、各区高齢・障害課窓口）を開始する予定ですので、4月1日以降に提出する予定の申請書については、新様式で作成していただきますようお願いいたします。※ホームページにおける様式の掲載場所については、別途周知いたします。

（担当）川崎市健康福祉局長寿社会部
介護保険課認定係
電話 044-200-2455

改正後

第6号様式（表）

		(表)		押 印 欄	
介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書					
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要介護状態・要支援状態区分変更 <input type="checkbox"/> 転入による 該当するものにレ印を付けてください。					
(宛先) 川崎市 区長 次のとおり申請します。					
申請者（認定を受けようとする方）	個人番号				申請日 年 月 日
	被保険者番号				
	フリガナ				生年月日 年 月 日
	氏 名				性 別 男 ・ 女
	住 所	〒			電話番号 ()
	代 理 人 (代理人が申請する場合のみ記入してください。)	氏 名			本人との関係
		住 所			電話番号 ()
	申請時の有効期間	<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			
	変更申請の理由	現在要介護認定・要支援認定を受けている方で、要介護状態・要支援状態区分の変更申請をする方のみ記入してください。			
	過去6月間の入所・入院状況	あり・なし	1 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
		2 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
		3 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
主治医	医療機関名		最後に受診した月 年 月	次回受診予定 月 日	
	所 在 地	〒		電話番号 ()	
	診 療 科		科	医 師 名	
特定疾病名	第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方のみ記入してください。				
<p>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、川崎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、川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、地域密着型介護予防サービス事業者、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療養型医療施設で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p> <p>私は、認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。</p> <p>本人氏名 _____</p>					

改正前

第6号様式（表）

		(表)		押 印 欄	
介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書					
<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要介護状態・要支援状態区分変更 <input type="checkbox"/> 転入による 該当するものにレ印を付けてください。					
(宛先) 川崎市 区長 次のとおり申請します。					
申請者（認定を受けようとする方）	個人番号				申請日 年 月 日
	被保険者番号				
	フリガナ				生年月日 年 月 日
	氏 名				性 別 男 ・ 女
	住 所	〒			電話番号 ()
	代 理 人 (代理人が申請する場合のみ記入してください。)	氏 名			本人との関係
		住 所			電話番号 ()
	申請時の有効期間	<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			
	変更申請の理由	現在要介護認定・要支援認定を受けている方で、要介護状態・要支援状態区分の変更申請をする方のみ記入してください。			
	過去6月間の入所・入院状況	あり・なし	1 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
		2 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
		3 名称	期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
		所在地	介護老人福祉施設 老人保健施設 介護医療院 その他		
主治医	医療機関名		最後に受診した月 年 月	次回受診予定 月 日	
	所 在 地	〒		電話番号 ()	
	診 療 科		科	医 師 名	
特定疾病名	第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方のみ記入してください。				
<p>私は、この申請に係る認定結果及び川崎市に届け出ている居宅介護（介護予防）支援事業所名を、この申請に際して意見を求めた主治医に提供することに同意します。</p> <p>私は、認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。</p> <p>本人氏名 _____</p> <p>(自署できない場合は記名押印してください。)</p>					