

〈更新申請書記入例〉

介護保険
要介護更新認定・要支援更新認定申請書

※医療保険者情報、個人番号情報は空欄でも申請書の提出は可能です。
第2号被保険者（40～64歳）の方はなるべく医療保険者名をご記入ください。

● 年 ● 月 ● 日

被保険者	介護保険被保険者番号	0000012345		個人番号	
	医療保険被保険者名			保険者	個人番号を記入いただく場合は、本人確認書類・番号確認書類が必要となります。それぞれの確認書類を裏面に貼付してください。
	被保険者証記号			番号	
	フリガナ	ヒノ ハナコ		生年	【本人確認書類】 写真表示のあるもの(個人番号カード、運転免許証など)は1点提示。 写真表示のないもの(介護保険被保険者証または資格確認書、年金手帳など)は2点提示。
	氏名	日野 花子		性	
	住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1		電話	【番号確認書類】 個人番号カード、通知カードなど
	前回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	
		有効期限		**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		転出元自治体(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	
	過去6月間の介護保険施設医療機関	介護保険施設等の名称等・所在地 〒(例)●●●病院、特別養護老人ホーム◆◆		期間	**年**月**日 ~ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等・所在地 〒		期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
提出代行者	名称	日野 次郎		期間	
	住所	〒191-0016 日野市神明1-12-1		主治医意見書を依頼する病院・主治医の氏名を必ず記入してください。入院中の方は入院先の病院、施設入所中の方で施設医がいればご記入ください。※必ず医師の主治医意見書作成の同意を得てください。直近の受診歴がないと作成不可となる場合があります。	
主治医	主治医の氏名	主治医 太郎		医療機関名	主治医病院
	所在地	〒191-0016 日野市神明1-12-1		電話番号	042-000-0001

申請者名をご記入ください。
居宅介護支援事業所等が申請を代行する場合は、事業

入院・入所中の場合は、必ず施設名、入院・入所日をご記入ください。

主治医意見書を依頼する病院・主治医の氏名を必ず記入してください。入院中の方は入院先の病院、施設入所中の方で施設医がいればご記入ください。※必ず医師の主治医意見書作成の同意を得てください。直近の受診歴がないと作成不可となる場合があります。

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	第2号被保険者(40～64歳)の方は、特定疾病名を記入してください。
-------	------------------------------------

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、負担割合、要介護・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、日野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(地域支援事業)として介護情報提供事業に参画する事業者、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提供事業に参画する事業者)また、更新申請に限り、申請から30日以内に認定がされない場合、認定有効期間満了後、認定延期通知を省略することに

お読みになり必ずチェックしてください。

同意します。 同意しません。

必要事項を記入のうえ、日野市 健康福祉部 介護保険担当宛てに送付してください。

※ご本人の状態を確認するため、認定調査員が訪問します。ご本人が住所以外の居住地（ご家族の住所や施設）で生活している場合は下欄に居住地を記入してください。

居住地	〇〇〇県△△市●●町1-1-1 日野 三郎宅
電話番号	000-1234-5678

施設に入所中、または病院に入院中の場合には施設名（病院名）、電話番号を記入してください。

※屋間に必ず連絡がつくところを記入してください。
調査員が伺う際に、日程等の調整のためのご連絡をさせていただきます。

連絡先	氏名	日野 桜子	続柄	子	調査時の同席を	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所	〇〇〇県△△市●●町1-1-1				
備考						

連絡先は必ずご記入ください。

40～64歳の方はこちらをご確認いただき、必要な場合は資格確認書または有効な健康保険証の写しを添付してください。

※... います。
※... 場合はチェックしてください。

マイナ保険証を保有し、健康保険証として利用登録している。
(マイナンバーを用いた情報連携にて、医療保険の加入関係を確認させていただきます。)

あてはまらない場合は、「資格確認書」のコピーをお貼りください。

マイナンバー（個人番号）が確認できるもの	本人確認ができるもの
A マイナンバー（個人番号）カードの裏面の写し	マイナンバー（個人番号）カードの表面の写し
B マイナンバー通知カード の写し	介護保険保険証・負担割合証・資格確認書（いずれか2点）の写し
C マイナンバー通知カード の写し	障がい者手帳など顔写真付の証明書（いずれか1点）の写し

下記のA・B・C いずれかの組み合わせで、マイナンバー（個人番号）の確認ができるものの写しと本人確認ができるものの写しをお貼りください。

市記入欄

調査票	<input type="checkbox"/> 依頼済み	意見書	<input type="checkbox"/> 依頼済み
個人番号確認			
身元確認		番号確認	
写真あり1点	写真なし2点		