

介護保険
要介護更新認定・要支援更新認定申請書

(宛先)日野市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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	
		被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		性 別		
			男 ・ 女		
	住所		電話番号		
	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 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
			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 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地		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		
介護保険施設等の名称等・所在地		期間			
〒		年 月 日 ~ 年 月 日			
有 ・ 無		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	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)		
	住所	〒 電話番号		

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	
-------	--

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、日野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、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			
電話番号		携帯番号	

※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		続柄		調査時の同席を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	住所			電話番号 携帯番号		
備考						

※個人番号等の確認を行うための書類の写しを貼付願います。
※第2号被保険者(40～64歳)で、下記にあてはまる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。

貼り付け

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		