介護保険　要支援・要介護認定　更新　申請書

（あて先）函館市長
次のとおり申請します。

別記第4号様式の2
（第4条第1項関係）

窓口に来た人	□本　人		申請年月日　令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	
	☑代理人	代理人の氏名　介　護　太　郎	電話　（０１３８）○○－○○○○	
		住所　函館市○○町○丁目○番○号	本人との関係（　夫　）	
	□提出代行	該当に○（指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター） 事業所名・住所等		

1

認定を受ける人（被保険者）の状況	被保険者番号	０ ０ ０ △ △ △ △ △ △ △	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △
	フリガナ	カイゴ　ハナコ	生年月日	明・大・（昭）　○○ 年 ○○ 月 ○○
	氏　名	介　護　花　子	性　別	男 ・（女）
	住　所	函館市 ○○ 町 ○ 丁目 ○○ 番 ○○ 号　方 〒 ○○○－○○○○　電話 ○○ － ○○○○		

2

認定を受ける人（被保険者）の状況	（※現在，上記住所地以外に入所・入院・滞在している場合）	① □ 介護保険施設に入所している （地域密着型介護老人福祉施設） ② ☑ 医療機関へ入院している ③ □ その他（上記以外の施設，家族宅等）	施設・病院等の名称（病棟等）	○○○病院 （ ○ 階 ○ 棟）
			左記の住所および電話番号	函館市○○町○丁目○番○号 （○○○○）○○－○○○○
		○年 ○月 ○日から（入所・（入院）・滞在）中	今後，　月　日頃自宅に戻る予定	

3

前回の要介護認定の結果等	認定結果	非該当　要支援（１・２）　経過的要介護　（要介護）（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）	
	有効期間	令和 ○年 ○○月 ○○日から　令和 ○年 ○○月 ○○日まで	

4

主　治　医（意見書の記載を依頼する医師）	医師名	函館　二郎	医療機関名	○○○病院
	所在地　函館市○○町○丁目○番○号 電話（○○○○）○○－○○○○			

5

●調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

連絡先	氏　名　介護　太郎　（認定を受ける人との関係　夫　）	調査時の立ち会い
	住　所　函館市○○町○丁目○番○号　電話 ○○ － ○○○○	（希望する）・希望しない

6

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。（特に希望がない場合は，自宅へ送付します。）

送付先	☑ 自宅へ　□●調査時等の連絡先へ
	□ その他（住所：〒　宛名　様方　へ送付

7

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は，医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
該当する特定疾病病名			

8

次の項目について，同意いただける場合は□にチェックをお願いします。

・更新申請後30日を過ぎても，現在の認定の有効期間中に認定される見込みの場合は，認定延期の通知は不要であることに

☑同意する

・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，介護認定審査会による判定結果を主治医意見書を記載した医師に提示することに

☑同意する

9

受付印

以下は記入の必要はありません

※事務処理欄	受付	到着日	調査依頼	電算・意見書依頼	システム	２号資格
	□資格者証 □医療保険	郵便・電子		在・新 施・継		

記　入　上　の　注　意　項　目

申請者関係項目について　※介護保険被保険者証を添付してください。

1
- ○申請年月日を記入。(ただし，郵送の場合は，函館市介護保険課受理日(受付日)が申請日になります。)
- ○申請者（届出者）が本人・代理人・提出代行のいずれであるかをチェック。
- ○代理人の場合，氏名・住所・電話番号および被保険者との関係を記入。
- ○代行申請の場合は，事業所または施設等の名称・住所を記入（押印不要）

被保険者関係項目について

2
- ○被保険者番号（介護保険被保険者証に記載されている番号）
- ○個人番号（マイナンバー）を記入。(不明な場合は空欄で可)
- ○被保険者の氏名，生年月日，性別を記入。
- ○住民登録上の住所地を記入。

※電話番号は必ず記入。(電話がない場合は「なし」と記入)

3
- ○現在の居所が住民登録上の住所地以外の場合に記入。
  まず，「①～③」の該当箇所をチェック。
- ○「①②」の該当者はその施設・病院の名称を記入。「③」の該当者は現在の居所の住所および電話番号を記入。
- ○現在の居所にいつからいつまで滞在予定かを記入。

4
- ○過去に申請し，認定結果が出ている場合，認定結果と有効期間を記載。

5
- ○主治医意見書を記載してもらう医師名・医療機関名（病院名）・所在地・電話番号を記入。(医師名が明らかでない場合においても診療科名だけは必ず記載)
  ※複数の病院に受診している場合，介護を要する原因となっている疾患と状況を最もよく知っている医師の名前を記入。

6
- ○調査時の立ち会いの有無に関わらず，連絡先となる方（できるだけ日中の時間帯で連絡の取れる）の氏名・住所・電話番号（携帯番号など）を記入。
- ○調査時の立ち会いを「希望するか・希望しないか」○で囲む。
  （希望する場合の立ち会い人は「連絡先」に記載した方とする）

7
- ○要介護認定・要支援認定の結果通知書の送付先をチェック。
- ○「その他」の欄に記載する場合は，住所，郵便番号，宛名の記入をお願い致します。

8
- ○２号被保険者（４０～６４歳）に該当する方のみ記入。
  ※申請窓口で医療保険被保険者証を提示してください。
- ○該当の特定疾病を記入（１６疾病…脳血管疾患，初老期における認知症等）

9
- ○更新申請後 30 日を過ぎても，現在の認定の有効期間中に認定される見込みの場合， 延期通知は不要の方は【同意する】にチェックをお願い致します。 必要な方は空欄のままにしてください
- ○介護認定審査会の判定結果（要介護度）について主治医意見書を記載した医師に知らせて構わない場合は【同意する】にチェックを入れてください。同意しない方は空欄のままにしてください。