

小平市長 殿

更新申請にチェック

更新 申請記入例

次のとおり申請します。申請年月日 **令和5年 4月 1日** 介護保険被保険者証の添付 あり・なし

申請区分 新規申請 更新申請 区分変更申請 転入申請…転出元（区市町村名）【 】

介護 保 険 被 保 険 者	被保険者番号	1 3 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
	医療保険	保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合	保険者番号	3 9 1 3 0 0 0 0
	被保険者証	記号		番号	0 0 0 0 0 0 0 0
	特定疾病名	40歳から64歳の医療保険加入者の方のみ			
	フリガナ	コダイラ ハナコ	生年月日	大・昭 10年 10月 1日	
	氏名	小平 花子	性別	男・女	
	住所	小平市小川町2-1333			
	現在の要介護認定区分	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1	2	
	申請理由	日常生活において、認知機能の低下や動作の介助が必要で、介護サービスの継続を希望するため。			
	区分変更は下記に○をつける	<div style="border: 2px solid green; padding: 5px; display: inline-block;"> 申請理由の詳細、サービス希望、直近の入院・施設入所歴、特筆すべき住環境などを記入してください。 </div>			
認 定 調 査	調査場所	病院名・入所施設名	病棟名・号室		
	※住所地と同じ場合は記入不要	住所	電話番号	入院・入所期間	
	立会い希望	なし・あり	氏名	小平 太郎	
	平日・日中に連絡可能な電話番号	000-0000-0000	関係	長男	
主 治 医	医療機関名	小平市病院	通院	前回受診日 月 日	
	診療科名	脳神経内科	主治医名	小川 次郎 医師	
	所在地	小平市小川町0-0000	電話番号	000-0000-0000	

サービス利用状況 サービスを受けている場合は、記入してください。

住宅改修	手すり設置	福祉用具	訪問系	通所系	デイサービス	水曜
------	-------	------	-----	-----	--------	----

介護サービス計画、介護予防サービス計画又は介護予防・生活支援サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、小平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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示する（写しの提供を含む。）ことに同意します。

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、同意しない場合は、右の口に☑をしてください。 □同意しない

審査会資料等の開示及び延期通知の省略の同意について、同意される場合は、記入不要です。同意されない場合は、「□同意しない」にチェックを入れてください。

本人が申請する場合、以下は記入不要です。

提 出 代 行 者	フリガナ	ハナコガネイ ハナコ	被保険者との関係	電話番号
	氏名	花小金井 花子	地域包括支援センター	000-0000-0000
	住所	〒187-0032 小平市小川町0-0000		
	名称 事業者が提出する場合	〇〇〇〇地域包括支援センター		

提出代行の場合、介護認定審査会資料等の写しの開示及び更新申請の延期通知の省略に同意されているか必ず確認してください。同意が確認できない場合は、「□同意しない」にチェックを入れてください。