

## 更新申請の手続きについて

令和3年10月受付分の更新申請より、「臨時的な取扱い」による有効期間の延長を希望される場合、「要介護・要支援更新認定における有効期間延長申請書」を提出するように変更します。

### 1. 様式を変更します。

現 行	「介護保険【要介護・要支援認定等】申請書に次のように明示
↓	申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 [理由：延長希望]
変更後	「要介護・要支援更新認定における有効期間延長申請書」

### 2. 確認内容を記入する欄を追加します。

現 行	申請書の [延長希望] のみ
↓	
変更後	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 申請理由の選択</li> <li>• 本人氏名 (本人自署不可の場合、代理人が本人氏名の代筆と代筆者氏名を自署)</li> <li>• 親族以外代筆時の意思確認の状況記入欄</li> </ul>

この運用は、令和3年10月受付分の更新申請から適用します。

現行様式での延長申請については、令和3年9月30日受付分まで可能としますが、順次「要介護・要支援更新認定における有効期間延長申請書」への切り替えをお願いいたします。

様式については、市ホームページよりダウンロードできるほか、高齢福祉介護課窓口でも配布いたします。

現 行

変 更 後

介護保険【要介護認定・要支援認定等】申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長  
次のとおり申請します。

申請者  個人番号  入力

申請日 年 月 日

新規 更新 変更【理由: **延長希望**】

申 請 者	フリガナ	被保険者との関係	
	氏名	親族( )ほか( )	
	住所	包括・居宅・介護施設( )	
所在地	電話番号 ( )		

■訪問調査の日程調整等をさせていただく方について記入してください。(訪問時間:原則平日9時から16時)

フリガナ	被保険者との関係
連絡者氏名	日中連絡がつきやすい 電話番号 ( )

■要介護・要支援認定等を受けようとする方について記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号	生年月日	年齢	性別	
	フリガナ		大正・昭和 年 月 日	歳	男・女	
	住所	電話番号 ( )				
	訪問先が 自宅以外 の場合	病院・施設名、 その他	入院(所)期間	年 月 日から	年 月 日	
	前回の 認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期間	年 月 日から	年 月 日まで
	所在地	電話番号 ( )				

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師を指定してください。

主 治 医	医療機関名	フリガナ 医師名 科名( )
	所在地	電話番号 ( )

■第2号被保険者(40歳~64歳医療保険加入者)の方のみ記入してください。(更新の際も記入が必要です。)

医 療 保 険	種類	国民 国民 共済 その他( )	資格取得日	年 月 日
	記号 番号	本人・扶養	有効期限	年 月 日
	保険者番号	特定疾病名		
	保険者名称			

■同意の確認

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を、主治医意見書の作成医師に提示することを被保険者として 同意する。 同意しない。  
(代行申請の場合は、被保険者に確認し記入したものとみなします。)

要介護・要支援更新認定における有効期間延長申請書

(あて先) 茅ヶ崎市長

申請者  個人番号  入力

申請日 年 月 日

次のとおり新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を回る観点から  
認定調査の実施が困難なため、要介護・要支援認定の有効期間の延長を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	フリガナ	生年月日	年齢	性別	
	氏名	大正・昭和 年 月 日	歳	男・女	
	住民票上の 住所	電話番号 ( )			
	病院・施設 名・その他	※住所地と番地異なる場合のみ記載			
	前回の 認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期間	年 月 日から

■第2号被保険者(40歳~64歳医療保険加入者)の方のみ記入してください。

医 療 保 険	種類	国民 国民 共済 その他( )	資格取得日	年 月 日
	記号 番号	本人・扶養	有効期限	年 月 日
	保険者番号	特定疾病名		
	保険者名称			

申請理由 (該当する番号に○)	1. 入所中または入院中の介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置が行われているため。 2. 新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止を回る観点から、本人・家族等が認定調査(市職員等による面会)を希望しないため。
--------------------	---

※書名は自署で記入してください。 年 月 日  
本人氏名 \_\_\_\_\_ (延長希望意思確認日)

代筆者氏名(続柄) \_\_\_\_\_ ( )

※親族以外が代筆する場合は、書意確認の状況も記入してください。

確認日	確認方法	確認相手	親族以外の代筆理由(確認した状況および内容)
	訪問・電話(FAX)・郵便・メール等・その他( )	本人 親族(続柄: )	

申 請 者	フリガナ	被保険者との関係
	氏名	親族( )ほか( )
	住所	包括・居宅・介護施設( )
所在地	電話番号 ( )	

※1 認定有効期間は、従来の有効期間に新たに12か月または6か月を  
合算した期間となります。

※2 更新申請書の提出は不要です。

延長期間	0・12	入力	
特記入力		交付日	

