

記載例

「新規申請・更新申請」用の申請書

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 ] 申請書

柏市長 様  
次のとおり申請します。 ① 申請年月日 令和8年4月20日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	②	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
	医療保険 被保険者番号	③	千葉県後期高齢者医療広域連合 被保険者番号 3 9 1 2 2 1 7 1
	介護保険 被保険者証 記号		番号 ●●●●●●●● 枝番
	フリガナ		カシワ タロウ 生年月日 昭和11年11月11日
氏名	④	柏 太郎	性別 男
住所	⑤	〒277-8505 柏市柏5-10-1 電話番号 04-7167-1134	
前回の要介護認定の結果等	⑥	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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 から 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」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	⑦	介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
有・無		介護保険施設の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
		医療機関等の名称等・所在地 ●●●●病院	期間 R8年 4月 1日 ~ R8年 4月 20日
		医療機関等の名称等・所在地 ●●リハビリテーション病院	期間 R8年 4月 20日 ~ 年 月 日

提出代行者	名称	⑧	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) ●●●居宅介護支援事業
	住所		〒277-8505 柏市柏●-●-● 電話番号 04-1234-5678

主治医	主治医の氏名	⑨	千葉 次郎	医療機関名 ●●リハビリテーション病院
	所在地		〒277-0000 柏市柏○-△-□ 電話番号04-XXXX-XXXX	

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	⑩	
-------	---	--

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、介護認定審査会が審査した介護サービス計画及び介護予防サービスの関係人が取得した心身の状況等の情報を、介護事業者、居宅サービス事業者、地域密着型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供する(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。  
上記判定結果等の情報の提供に同意しない申請する場合は、右記にレ点を入れてください。 □

裏面もご確認ください。

- 申請書を記入した日を記入してください。
- 介護保険被保険者証(ピンク色)に記載の「0」から始まる10桁の数字を記入してください。
- 資格確認書を確認して記入してください。  
※柏市にお住まいの後期高齢者(75歳以上)の方は以下のとおり記入してください。  
●保険者名: 千葉県後期高齢者医療広域連合  
●保険者番号: 39122171  
●被保険者番号: 資格確認書の8桁の数字
- 住民票に登録の氏名, 住所を記入してください。
- 更新申請の方は介護保険被保険者証(ピンク色)を確認して記入してください。  
新規申請の方は記入不要です。
- 過去6か月間の入院歴, 施設入所状況を記入してください。
- 担当ケアマネジャー様等が提出する場合は必ず「事業所名」「住所」「電話番号」を記入してください。
- 主治医意見書を依頼する医師名, 病院名を記入してください。  
●65歳以上の方: 介護保険の申請の要因となった疾病を診ている医師を記入してください。  
●40歳から64歳の方: 特定疾病を診ている医師を記入してください。
- 40歳から64歳の方は特定疾病名を必ず記入してください。

問い合わせ先 ☎ 04-7167-1134 (柏市高齢者支援課)

記載例

認定調査連絡票

認定調査を円滑に行うため、あらかじめ認定調査員が把握すべき事項について伺います。

\*該当するものにチェック☑をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 新規（初めての申請）		<input type="checkbox"/> 新規（支援からの区分変更）		<input type="checkbox"/> 更新		<input type="checkbox"/> 区分変更	
フリガナ	カシワ タロウ			性別	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（長女） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> その他		
氏名（本人）	柏 太郎			<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	申請書記入者 氏名	柏 花子	
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用希望 （ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 施設入所（ <input type="checkbox"/> 入所中, <input type="checkbox"/> 入所希望） <input type="checkbox"/> 主治医（看護師等）の勧め <input type="checkbox"/> サービス継続希望 <input type="checkbox"/> 介護量増加						
入院の場合	入院の理由： <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他の疾病（ ） 入院日： 月 日 退院予定日： 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 退院未定 本人の状態： <input checked="" type="checkbox"/> 安定している <input type="checkbox"/> 不安定（ICU・急性期など） 手術： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり： 4月 5日						
本人の心身の状況	申請に至った病名または症状 [ 転倒により大腿部骨折し現在リハビリ中。退院後もリハビリを行いたい。 ]						
	物忘れ	<input type="checkbox"/> 認知症による物忘れがある <input checked="" type="checkbox"/> 年相応 <input type="checkbox"/> なし					
調査を受ける場所	<input type="checkbox"/> 自宅 〒277-0000 TEL 04-◆◆◆◆-1234 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 住所 柏市▲▲1-2-3 <input type="checkbox"/> 施設 名称 ●●リハビリテーション病院 3階 <input type="checkbox"/> その他						
	調査員の車を駐車するスペース <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 駐車可能場所（ 病院駐車場 ）						
調査の立会	<input type="checkbox"/> 立会希望なし ※認知症のある方は立会をお願いいたします。 <input checked="" type="checkbox"/> 立会希望あり 立会者氏名（ 柏 花子 ） 本人との関係（ 長女 ） 日中連絡の取れる電話（ 090-●●●●-●●●● ）						
立会者「あり」の場合 調査時留意点	本人に告知していない病名 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ） 本人不在で伝えたいこと <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 調査前 <input checked="" type="checkbox"/> 調査後 ） 調査員に配慮して欲しいこと <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり [ 耳が聞こえにくいので、大きな声で話してほしい。 ]						
担当ケアマネジャー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 事業所名 _____ 氏名 _____ TEL _____						

以下、市記入欄

柏市高齢者支援課

窓口聞き取り 追記欄	記入者						
調査日	<input type="checkbox"/> 市調査 / ( ) 【           】 時 分			<input type="checkbox"/> 委託調査			
受付番号	確認2	確認1	入力	受付	日常生活 状況申出書	保険証	收受印  有・無・持 有・無
_____					有・無・持	有・無	