

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 4 年 4 月 2 2 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	保険者番号	3 9 1 2 2 1 7 1
	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	柏 太郎		性 別	男	
保 険 者	住 所	〒 2 7 7 - 8 5 0 5 柏市柏 5 - 1 0 - 1		電話番号	04-7167-1134	
	⑤ 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			
		※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」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	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
有 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	●●●●● 病院	期間	R4 年 4 月 1 日 ~ R4 年 4 月 20 日			
	●● リハビリテーション病院	期間	R4 年 4 月 20 日 ~ 年 月 日			

⑦ 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・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	〒 2 7 7 - 8 5 0 5 柏市柏 ● - ● - ● 電話番号 04-1234 - 5678

⑧ 主治医	主治医の氏名	千葉 次郎	医療機関名	●● リハビリテーション病院
	所 在 地	〒 2 7 7 - 〇 〇 〇 〇 柏市柏 〇 - △ - □ 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	⑨
-------	---

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（要支援）認定の調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書を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または介護保険施設の関係人に提供することに同意するとともに、今回の要介護（要支援）認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意し、申請します。（なお、代行申請の場合は、本人及び後見人等の意思を確認の上、申請していることを誓約します）上記判定結果等の情報の提供に同意しないで申請する場合は、右記にレ点を入れてください。 □
（同意のない場合、ケアプランの作成等にお時間がかかる場合があります）

裏面もご確認ください。

- ① 申請書を記入した日を記入してください。
- ② 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。
- ③ 資格情報のお知らせまたは資格確認書（令和7年12月1日までは、申請時点において有効期限が切れていない健康保険証でも可）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： 3 9 1 2 2 1 7 1
●被保険者番号： 医療保険証（上段）の8桁の数字
- ④ 住民票に登録の氏名、住所を記入してください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ 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 - 7 1 6 7 - 1 1 3 4 （柏市高齢者支援課）