

記載例

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新

申請書

市役所に提出される日を記入してください。

(宛先) 柳井市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 4 月 1 日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
医療保険 保険者名	〇県後期高齢者医療広域連合		保険者番号
被保険者 記号・番号	記号	番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 枝番
フリガナ 氏名	マナイ ハナコ 柳井 花子		生年月日 明・大(昭) 10 年 1 月 1 日
住	住所		男・女 <input checked="" type="radio"/> 女
前回の要 認定の種別	住所		0820-22-2111
に他自治体か ら転入した者	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・いいえ
過去6ヶ月 介護保 険施設、医療 等への入院、入 所の有無	医療機関等の名称等・所在地 〇〇総合病院・柳井市南町0-0		期間 R8年 2月 2日～ 年 月 日
<input checked="" type="radio"/> 有・無	医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日

被保険者の医療保険の情報を記入してください。医療保険の情報は、以下の方法などで確認ができます。

- <マイナ保険証を保有されている方>
 - ・マイナポータルの健康保険証情報画面で確認
 - ・医療保険者から交付される「資格情報のお知らせ」で確認
- <マイナ保険証を保有されていない方>
 - ・医療保険者から交付される「資格確認書」で確認
 - ・医療保険者から交付される「医療費通知書」で確認

申請日の前6か月の間に、介護保険施設に入所や医療機関(病院)へ入院されたことがある場合「有」に〇をつけ、施設・病院名やその期間を記入してください。
ない場合は「無」に〇をつけてください。

提出代

名 称

該当に〇(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・介護医療院)

「かかりつけの医師」の情報を記入してください。
市役所から主治医の先生に主治医意見書の作成を依頼します。

電話番号() -

主治医	主治医氏名	柳井 太郎	医療機関名	〇〇総合病院
	所在地	〒742-0000 柳井市南町0-0	電話番号(0820)	00 - 0000

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 (65歳以上の方は記入不要です。)

特定疾病名	※1 特定疾病名(国が定める疾病)を記入してください。
-------	-----------------------------

提出の際に必要な書類※2は次ページをご覧ください。
介護保険被保険者証は原本を提出してください。

被保険者本人氏名の署名をしてください。

受	付	処	理
---	---	---	---

本人氏名

柳井 花子

※1 特定疾病名（国が定める疾病）

1. がん（医師が医学的知見に基づき回復の見込みがない状態であると判断したものに限り。）
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

*上記の疾病に該当するか否かは、かかりつけの医師にご確認ください。

※2 【申請の際に必要な書類】

○被保険者本人申請：〔①+②〕（介護保険被保険者証は原本）

申請方法	①個人番号の確認書類	②被保険者本人の身元確認書類
市窓口で持参する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカード ・個人番号通知カード ・個人番号が記載された住民票の写しのいずれか一つ 	マイナンバーカード、運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているものを 1つ 以上の書類の提示が困難な場合は、介護保険被保険者証、医療保険者が交付する資格確認書、年金手帳など官公署が発行した書類を 2つ以上
郵送する場合	上記のコピーを添付してください。	上記のコピーを添付してください。（介護保険被保険者証は原本）

○代理人（家族の方等）申請：〔③+④+⑤〕（介護保険被保険者証は原本）

申請方法	③本人の個人番号確認書類	④代理権の確認書類	⑤代理人の身元確認書類
市窓口で持参する場合	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナンバーカード ・個人番号通知カード ・個人番号が記載された住民票の写しのいずれか一つ 	介護保険被保険者証（原本）	マイナンバーカード、運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているものを 1つ 以上の書類の提示が困難な場合は、介護保険被保険者証、医療保険者が交付する資格確認書、年金手帳など官公署が発行した書類を 2つ以上
郵送する場合	上記のコピーを添付してください。	介護保険被保険者証（原本）	上記のコピーを添付してください。