

記載例（表面）  
[本人・家族様用]

介護保険 要介護・要支援更新認定申請書

(宛先)名古屋市長  
次のとおり申請します。

|                                                                             |                                                                                                                                                                               |                                                                                   |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 申請年月日                                                                       |                                                                                                                                                                               | 年 月 日                                                                             |                                                            |
| 申請者氏名<br>(窓口に来られた方等)                                                        | 中部 丸美                                                                                                                                                                         | 本人との関係                                                                            | 子                                                          |
| 提出代行者<br>名 称                                                                | <input type="checkbox"/> 包括支援 <input type="checkbox"/> 居宅支援 <input type="checkbox"/> 介護施設 事業所番号 ( )                                                                           |                                                                                   |                                                            |
| 申請者住所<br>(提出代行者所在地)                                                         | 〒460-0000<br>名古屋市中区本丸1丁目1番1号<br>日中連絡のとれる電話番号 (090)1234-5678                                                                                                                   |                                                                                   |                                                            |
| 被保険者番号                                                                      | 1 0 0 0 1 2 3 4 5 6                                                                                                                                                           | 個人番号                                                                              | ※3                                                         |
| フリガナ                                                                        | ナゴヤ タロウ                                                                                                                                                                       | 生年<br>月 日                                                                         | 明治<br>大正 39 年 1 月 1 日<br>昭和                                |
| 被保険者氏名                                                                      | 名古屋 太郎                                                                                                                                                                        | 性別                                                                                | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 住 所<br>(住民登録地)                                                              | 〒460-8508<br>名古屋市中区はち丸1-1<br>電話番号 (052)972-1111                                                                                                                               |                                                                                   |                                                            |
| 現 在 地<br>(上記と異なる場合)                                                         | 〒 <b>↓必ずいずれかにチェックしてください↓</b><br><input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし |                                                                                   |                                                            |
| 今後の認定通知等(注1)の送付先                                                            | <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし                                 |                                                                                   |                                                            |
| 申請 歴                                                                        | <input checked="" type="radio"/> 有<br><input type="radio"/> 無<br>(有の場合)                                                                                                       | 要介護状態区分等<br>要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当<br>有効期間(注2)<br>令和7年 4月 1日から 令和8年 3月 31日まで |                                                            |
| 現在の状況等                                                                      | <input type="checkbox"/> 居宅 ケアプランを作成している事業所名( )<br><input checked="" type="checkbox"/> 入所・入院等(グループホーム・有料老人ホーム等) 施設名等(住宅型有料老人ホーム本 )                                            |                                                                                   |                                                            |
| (注1)「認定通知等」には、介護保険負担割合証及び認定通知に同封する<br>(注2)現在の有効期間内で、今回の更新申請の結果が出る前に資格喪失します。 |                                                                                                                                                                               |                                                                                   |                                                            |
| 主治医                                                                         | 医療機関名 名古屋はち丸病院<br>所在地 〒460-8508<br>名古屋市中区はち丸3丁目1番1号 電話番号 (052)999-9999<br>受診状況 <u>通院中(最終受診日 令和8年 1 月 20日頃)・入院中( 年 月 日から)</u>                                                  | 医師名                                                                               | はち丸 一郎                                                     |
| 医療保険                                                                        | 保険者名 O×健康保険組合<br>被保険者等記号・番号・枝番 NGY88888                                                                                                                                       | 保険者番号                                                                             | 01010011                                                   |

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

|       |       |
|-------|-------|
| 特定疾病名 | 脳血管疾患 |
|-------|-------|

|             |                                                                                         |                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 同意欄<br>(注3) | 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・要支援認定等に係る名古屋市介護認定審査会の審査判定の結果を、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意しますか。 | <input checked="" type="radio"/> 同意する・同意しない |
|             | 要介護・要支援認定の更新の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定を延期する通知を省略することに同意しますか。               | <input checked="" type="radio"/> 同意する・同意しない |
|             | (署名)被保険者氏名(認定を受けようとしている方) 名古屋 太郎                                                        |                                             |
|             | 代筆の場合(代筆者氏名 中部 丸美)(続柄等 子)                                                               |                                             |

(注3)「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。「同意する」場合は署名をお願いします。

※1

ご本人または申請代行される方のお名前・続柄・ご住所・電話番号をご記入ください。(※2)

介護保険被保険者証をご確認の上ご記入ください。

入院・入所等の場合は必ず施設名等をご記入ください。

現在定期的に受診されている医療機関を必ずご記入ください。

加入している医療保険の保険者名等を記入してください。

同意事項をお読みいただき、「同意する」「同意しない」のいずれかに○をつけてください。「同意する」を選択した場合は、ご署名ください。(※4)

<記入の際の主な注意事項>

- ※1 名古屋市介護認定事務センターに到着した日が申請日となります。
- ※2 指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設又はいきいき支援センター(地域包括支援センター)等をご本人に代わり、申請書等を提出することができます。
- ※3 個人番号欄は記入の有無にかかわらず、申請書は受理します。なお、個人番号を記入する場合は、マイナンバーカード等の確認書類の添付が必要です。(記入のない場合は添付不要)
- ※4 同意欄にご本人の署名がない場合でも申請書は受理できます。(署名がない場合は、同意なしとみなし受理します。)

本人がやむを得ず署名できない場合は、本人の同意を得て代筆してください。その際は、代筆者氏名と続柄等をご記入ください。

更新申請の場合の記載例（裏面）  
[本人・家族様用]

要介護・要支援認定に必要な認定調査を行うためのものですので、必ずご記入ください

●現在サービスをご利用中の方は、担当のケアマネジャーへ更新申請についてお伝えいただき、認定調査を行っていただけるかのご確認をお願いします。担当のケアマネジャーに認定調査を行っていただける場合、ケアマネジャーについてご記入ください。（※ケアマネジャーをご記入いただいた場合でも、他の認定調査員に依頼する場合もございますので、ご了承ください。）

|                      |             |             |            |
|----------------------|-------------|-------------|------------|
| 事業者名称                | 本丸居宅介護支援事業所 | 事業者番号       | 2310987654 |
| 調査実施者<br>(担当ケアマネジャー) | 氏名 本丸 八子    | 電話番号( 052 ) | 999 - 1111 |

●認定調査の日程調整のため電話連絡させていただきますので、連絡先等をご記入ください。  
※認定調査及び日程調整のための連絡は平日の午前8:45から午後5:30までの時間帯で行います。

|                              |                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者番号                       | 1                                                                                                                                                                                                                                             | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 申請種別                                                                                                                                                     | 更新申請                                                                                                                                                                                                               |
| 被保険者<br>(調査対象者)              | フリガナ ナゴヤ タロウ<br>氏名 名古屋 太郎                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 現在の要介護度                                                                                                                                                  | 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5<br>要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
|                              |                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 被保険者区分                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 1号 <input checked="" type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                    |
| 日程調整のための<br>連絡先等             | フリガナ チュウブ マルミ<br>氏名 中部 丸美                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居等 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他  |                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | 続柄等( 子 )<br>事業所の場合(事業所名 )                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| ※1週間以内を目途にお電話します。<br>(平日の日中) | 電話〔優先①〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他<br>( 052 ) 987 - 6543                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 電話〔優先②〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他<br>( 090 ) 1234 - 5678 |                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | 希望する連絡時間帯 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 午前 午後 1 時 ~ 5 時頃 )<br>※ありの場合は、午前8:45から午後5:30の時間帯をお願いします。                                                                                                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 調査実施場所                       | <input type="checkbox"/> 住民登録地 電話( )<br>住所の記入は不要です。 駐車場( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) 近隣パーキング( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明)   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | <input type="checkbox"/> 現在地(住民登録地以外)<br>住所: 電話( )<br>駐車場( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) 近隣パーキング( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所日( 令和7 年 3 月 12 日 )<br>医療機関・施設名: 住宅型有料老人ホーム本丸 電話( 052 - 123 - 4567 )<br>入院の場合( 病棟 ) ( 号室 )                                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
|                              | ※いずれかの□に必ずチェックしてください。<br>所在地: 中区はち丸1-1<br>今後転院・退院予定がある場合は、下記をご記入ください。<br>転院・退院予定先( )<br>予定日( )                                                                                                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 立会者                          | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先<br><input type="checkbox"/> 他(氏名: )                                                                                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 担当ケアマネジャーが認定調査を実施いただける場合、点線枠内は記入の必要はありません。<br>担当ケアマネジャーが認定調査を実施できない場合やサービスをお使いでない方は点線枠内を<br>もれなくご記入願います。                                                 |                                                                                                                                                                                                                    |
| 利用サービス                       | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護                                                                                                                                                                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 主たる疾病                        | 脳血管疾患                                                                                                                                                                                                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 世帯状況                         | <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者(夫婦)世帯 <input type="checkbox"/> 子等家族と同居 <input type="checkbox"/> 他( )                                                                                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 聴力                           | <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し耳が遠い <input type="checkbox"/> かなり耳が遠い <input type="checkbox"/> 筆談等が必要 <input type="checkbox"/> 手話通訳が必要                                                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| 認知症の症状                       | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(主な症状 何度も同じことを話す、突然大声で怒鳴る )                                                                                                                                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |
| その他留意事項                      | 調査時の注意事項・申請理由の詳細等があればご記入ください。(例:〇〇の話は控えてほしい。)<br>くも膜下出血の後遺症から認知症の症状が進行し、在宅生活が難しくなったため、<br>R7年3月に住宅型有料老人ホームへ入所した。                                                                                                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                    |