

記載例（表面）
[申請代行される事業者様用]

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。

申請者氏名 (窓口に来られた方等)		申請年月日	年	月	日
提出代行者 名 称	☐ 包括支援 ☒ 居宅支援 ☐ 介護施設 事業所番号 () 本丸居宅介護支援事業所 管理者 介護 花子				
申請者住所 (提出代行者所在地)	〒460-0000 名古屋市中区本丸1丁目1番1号 日中連絡のとれる電話番号 (090) 1234-5678				

※1

申請代行される事業
所名・役職・ご氏名・
ご住所・電話番号をご
記入ください。

被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	※2			
フリガナ	ナゴヤ タロウ								生年 月日	明治 大正 昭和	39年	1月	1日	性別	☒ 男 ☐ 女
被保険者氏名	名古屋 太郎														
住 所 (住民登録地)	〒460-8508 名古屋市中区はち丸1-1 電話番号 (052) 972-1111														
現 在 地 (上記と異なる場合)	〒 ↓必ずいずれかにチェックしてください↓ 電話番号 ()														
今後の認定通知等(注1)の送付先	☐ 住所 ☐ 住所と異なる現在地 ☐ 申請者(提出代行者)住所 ☒ 変更なし														
申 請 歴	☒ 有 ☐ 無	前回の認定 等の結果 (有の場合)		要介護状 態区分等		要介護(1 2 3 4 5)		要支援(1 2)		非該当		有効期間 (注2) 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	☐ 居宅 ケアプランを作成している事業所名 () ☒ 入所・入院等(グループホーム・有料老人ホーム 施設名等(住宅型有料老人ホーム本														

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。

(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
(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	なごやはち丸病院	医 師 名	はち丸 一郎
所在地	〒460-8508 名古屋市中区はち丸3丁目1番1号 電話番号 (052) 999-9999			
受診状況	通院中(最終受診日 令和8年1月10日頃)・入院中(年 月 日から)			

現在定期的に受診さ
れている医療機関を
ご記入ください。

医療 保険	保険者名	〇×健康保険組合	保険者番号	01010011
	被保険者等 記号・番号・枝番	NGY88888		

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。

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	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。		☒ 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。		☒ 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 介護 花子)(続柄等 担当ケアマネジャー)		

※区・支所処理欄

受領者 (資 負)	確認
☐ 申請者	
☐ その他	
※その他 の場合は欄外 に氏名・関係 を補記	

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。
(※3)

(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。

<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 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となります。(記入のない場合は添付不要)
- ※3 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）

[申請代行される事業者様用]

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 (担当ケアマネジャー)	氏名 介護 花子	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 (調査対象者)	フリガナ ナゴヤ タロウ	氏名 名古屋 太郎	現在の要介護度	要介護 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 要支援 ☐ 1 ☐ 2	被保険者区分	☐ 1号 ☒ 2号 ☐ その他						
日程調整のための 連絡先等	フリガナ カイゴ ハナコ	氏名 介護 花子	☐ 本人 ☐ 同居 ☐ 別居等 ☐ 事業所 ☐ 他	続柄等(担当ケアマネジャー)	事業所の場合(事業所名 本丸居宅介護支援事業所)							
※1週間以内を目途にお電話します。 (平日の日中)	電話(優先①) ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☒ 職場 ☐ 他 (052) 999-1111	電話(優先②) ☐ 自宅 ☒ 携帯 ☐ 職場 ☐ 他 (090) 1234-5678	希望する連絡時間帯 ☐ なし ☒ あり (午前・午後) 1時～ 4時頃 ※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	☐ 住民登録地 住所の記入は不要です。 駐車場(☐ あり ☐ なし ☐ 不明) 近隣パーキング(☐ あり ☐ なし ☐ 不明)	☐ 現在地(住民登録地以外) 住所: 電話() 駐車場(☐ あり ☐ なし ☐ 不明) 近隣パーキング(☐ あり ☐ なし ☐ 不明)	☒ 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所日(令和7年 10月 1日) 医療機関・施設名: 住宅型有料老人ホーム本丸 電話() 入院の場合(病棟) (号室)	所在地: 中区はち丸1-1 今後転院・退院予定がある場合は、下記をご記入ください。 転院・退院予定先() 予定日(年 月 日)電話()								
立会者	☐ なし ☒ 上記の連絡先者 ☒ 他(氏名: 東海 一美) (続柄等: 子) (電話: 987-6543)											
利用サービス	☒ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 施設	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。										
主たる疾病	脳血管疾患											
世帯状況	☒ 独居 ☐ 高齢者(夫婦)世帯 ☐ その他											
聴力	☐ 問題なし ☒ 少し耳が遠い ☐ かなり耳が遠い ☐ 筆談等が必要 ☐ 手話通訳が必要											
認知症の症状	☐ なし ☒ 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。) 当日は担当ケアマネと長女の東海様2名で立会予定。 ご本人は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、R7年10月に住宅型有料老人ホームへ入所した。											