

記載例（表面）
[本人・家族様用]

介護保険

☒ 要介護・要支援認定
☐ 要介護・要支援状態区分変更認定

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

※1

申請者氏名 (窓口に来られた方等)	介護 花子	本人との 関係	子
提出代行者 名 称	☐ 包括支援 ☐ 居宅支援 ☐ 介護施設 事業所番号()		
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(052)999-1111		

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)

被保険者番号	1 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	※3
被保険者氏名	名古屋 太郎	生年 月 日	明治 大正 39 年 1 月 1 日 昭和
住 所 (住民登録地)	〒460-8508 名古屋市中区三の丸3丁目1番1号 電話番号(052)972-1111		

介護保険被保険者証に
記載された被保険者番
号をご記入ください。

介護保険被保険者証
をお持ちでない場合
は記入不要です

住 所 (上記と異なる場合)	〒 460-8508 名古屋市中区三の丸3丁目1番1号 電話番号(052)972-1111		
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 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
	無	有効期間	年 月 日から 年 月 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・有料老人ホームなども含む) 施設名等(なごやはち丸病院)
変更申請の理由	☐ 介護の手間の 詳しい理由()

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

主治医	医療機関名	なごやはち丸病院	医 師 名	はつる 太郎
	所在地	〒460-8508 名古屋市中区はち丸1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 年 月 日頃)・入院中(令和7年10月10日から)		

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。

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長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
(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	
(注2) 代筆の場合(代筆者氏名)	介護 花子	(続柄等) 子

(注2)「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。

※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。
(※4)

<記入の際の主な注意事項>

- ※1 窓口提出の場合は区役所や支所での受理日、郵送提出の場合は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)等のご本人に代わり、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。

新規・区分変更申請の場合の記載例（裏面）[本人・家族様用]

区・支所で記入しますので、空欄でお願いします。

認定調査対象者連絡票

受付:		月	日	区・支 担当:	電話							
被保険者番号	1	0	0	0	1	2	3	4	5	6	申請種別	☒ 新規 (注)要介護 要支援 ☐ 区分変更
被保険者 (調査対象者)	フリガナ	ナゴヤ タロウ								現在の 要介護度	1号: 65歳以上 2号: 40~64歳	
	氏名	名古屋 太郎								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								☐ 本人 ☐ 同居 ☒ 別居等 ☐ 事業所 ☐ 他		
	氏名	介護 花子								(続柄等	子)	
		事業所の場合(事業所名								)		
※認定調査センターから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								電話[優先②]	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 職場 ☐ 他	
		(052) 999 - 1111									(090) 9876	
	希望する連絡時間帯	☐ なし ☒ あり (午前・午後)								フリガナ、電話番号などもれなくご記入ください。		
	※ありの場合は、午前8:45~午後5:30の時間帯でお願いします											
調査希望日	☐ なし ☒ あり (火・水・木曜日の午後 ※平日の日中(午前8:45~午後5:30)に調査します。ご希望に沿えない場合もあります。											
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)											
	☐ 現在地(住民登録地以外) 住所: 電話()											
※普段生活されている場所で認定調査を行います。	駐車場(□あり □なし □不明) 近隣パーキング(□あり □なし □不明)											
※3つの□のうちいずれかに必ずチェックしてください。	☒ 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所開始日(令和7年 10月 10日)											
	医療機関・施設名: なごやはち丸病院 電話(052-999-9999)											
	所在地: 名古屋市はち丸1丁目1番1号 入院の場合(東)病棟(101)号室											
	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(自宅(住所地))											
	予定日(令和7年 12月 末日頃) 電話()											
立会者	☐ なし ☒ 上記の連絡先者											
	☐ 他(氏名:) (続柄等:) (電話:)											
窓口来庁者	☐ 本人 ☒ 上記の連絡先者											
	☐ 他(氏名:) (続柄等:) (電話:)											
申請理由	☒ サービス利用 ☐ 状態の改善 ☐ 状態の悪化 ☐ 病院の勧め ☐ 他()											
希望サービス	☒ 訪問介護 ☒ 通所介護 ☐ 施設入所 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修() ☐ 未定											
主たる疾病	脳血管疾患											
世帯状況	☒ 独居 ☐ 高齢者(夫婦)世帯 ☐ 子等()											
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りましたらご記入ください(例:〇〇の話は控えてほしい) ・退院後、在宅生活のサポートが必要なため、介護保険申請。											

(※) 区役所・支所確認欄 ☐ 入退院等で生活場所が変更となった場合、1週間以上空けての調査となる旨説明済み