

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)	本人との 関係
提出代行者 名 称	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 (052)999-1111

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
被保険者氏名	名古屋 太郎	39年 1月 1日	性別 (男) 女
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		
現 在 地 (上記と異なる場合)	〒 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 (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		
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(住宅型有料老人ホーム本丸)		
変更申請の理由	☒ 介護の手間の増加 ☐ 介護の手 詳しい理由(9月末に施設内で転倒し		

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。

長期間受診されていない場合
は、意見書作成のため改めて
受診が必要ことがあります

主治医	医療機関名	はち丸クリニック
	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 令和7年10月 3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	O×健康保険組合	保険者番号	01010011
	被保険者等 記号・番号・枝番	NGY99999		

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 (注2)	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。		※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)			

(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。

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)

<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 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。

新規・区分変更申請の場合の記載例
(裏面) [申請代行される事業者様用]

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 ☒ 区分変更 (注) 要支援からの区分変更は新規へチェック
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	要介護 ☐ 1 ☒ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 要支援 ☐ 1 ☐ 2 (認定日 令和6年 5月25日)
	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	(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)
	氏名	介護 花子										
※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 (052) 999 - 1111									電話〔優先②〕	☐ 自宅 (090) 9999
	希望する連絡時間帯	☐ なし ☒ あり (午前 午後 1 時) ※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。									フリガナ、電話番号などもなくご記入ください。	
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)に希望します。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() 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・入所開始日(令和7年 3月22日) 医療機関・施設名: 住宅型有料老人ホーム本丸 電話(052 - 123 - 4567) 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 日頃) 電話()											
※普段生活されている場所で認定調査を行います。												
※3つの□のうちいずれかに必ずチェックしてください。												
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 ☐ 配食 ☐ 他() ☐ 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 ☐ 聴覚等が必要 ☐ 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) ・9月末に施設内で転倒し、大腿骨骨折。											

(※) 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