

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 (窓口に来られた方等) | 中部 丸美 |
| 提出代行者 名称 | 本人との関係 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

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 |
| フリガナ | ナゴヤ タロウ | 生年月日 | 明治 39年1月1日 昭和 昭和 昭和 |
| 被保険者氏名 | 名古屋 太郎 | 性別 | 男 女 |
| 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↓ | | |
| 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 | 有 無 | 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6月1日から令和8年5月31日まで |

介護保険被保険者証を
ご確認の上ご記入くだ
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た

| | | |
|------|-------------------|---|
| 主治医 | 医療機関名 | なごやはち丸病院 |
| | 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3月20日頃、入院中(年 月 日から) |
| 医療保険 | 保険者名 | 〇×健康保険組合 |
| | 被保険者等 記号・番号・枝番 | NGY88888 |

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

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。

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 | 介護サービス計画の作成等、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・要支援認定に係る調査の内容、名古屋市介護認定審査会による審査判定の結果及び意見、主治医意見書、名古屋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、名古屋市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護予防・日常生活支援総合事業を行う者の関係者、主治医意見書に係る医師又は要介護・要支援認定に係る調査に従事した認定調査員に提示(地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。)することに同意しますか。 | <input checked="" type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない |
| | (注3) 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 <input type="radio"/> 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) | | |

同意事項をお読みた
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)

(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 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 (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 (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 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| | 氏名 名古屋 太郎 | 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 連絡先等 | フリガナ チュウブ マルミ | <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 | |
| | 氏名 中部 丸美 | 続柄等(子) | |
| ※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〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 (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 (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) ※ありの場合は、午前8:45から午後5:30の時間帯でお願いします。 | | |
| 調査実施場所 | <input type="checkbox"/> 住民登録地 電話() 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) 住所: 電話() 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) | | |
| ※普段生活されている 場所で認定調査を行います。 ※いずれかの□に必ずチェック してください。 | <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) 医療機関・施設名: 住宅型有料老人ホーム本丸 電話(052-123-4567) 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() | | |
| 立会者 | <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先 <input type="checkbox"/> 他(氏名:) | | |
| 利用サービス | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他 | | |
| 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:○○の話は控えてほしい。) 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3月に住宅型有料老人ホームへ入所した。 | | |

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。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もちまわご記入願います。