

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	<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 (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		

※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
--------	---------------------	------	----

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。

被保険者氏名	名古屋 太郎	生年 月日	明治 大正 昭和 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)	〒				

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

今後の認定通知等(注1)の送付先	<input checked="" 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 type="checkbox"/> 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
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 介護の手間の増加 詳しい理由()				

↓必ずいずれかにチェックしてください↓

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

(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介護保険被保険者証を含む。

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	〒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8年 3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 (注2)	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
	(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 子)		

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)

(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。

<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。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 (注)要支援 <input type="checkbox"/> 区分変更
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 要支援 <input type="checkbox"/> (認定日 月 日)					
						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 カイゴ ハナコ 氏名 介護 花子					<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)		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〕 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 (052) 999-1111					電話〔優先②〕 <input checked="" type="checkbox"/> 推世 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 (090) 98		フリガナ、電話番号などもれなくご記入ください。				
	希望する連絡時間帯 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (午前 午後) ※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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (火・水・木曜日の午後) ※平日の日中(午前8:45~午後5:30)に希望できません。ご希望に添えない場合もあります。											
調査実施場所	<input type="checkbox"/> 住民登録地 住所の記入は不要です。 駐車場(<input type="checkbox"/> あり)											
	<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。	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所開始日(令和8年3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											
※3つの□のうちいずれかに必ずチェックしてください。	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8年4月末 日頃) 電話()											
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先者 <input type="checkbox"/> 他(氏名:) (続柄等:) (電話:)											
窓口来庁者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先者 <input type="checkbox"/> 他(氏名:) (続柄等:) (電話:)											
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> 状態の改善 <input type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 病院の勧め <input type="checkbox"/> 他()											
希望サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 未定											
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()											
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"/> 手話通訳等が必要 <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