

# 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)	本人との関係
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)	〒 _____ 日中連絡のとれる電話番号 ( )

被保険者番号	1	0							個人番号					
フリガナ								生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性別	男・女
被保険者氏名								年	月	日				
住所 (住民登録地)	〒 _____							電話番号 ( )						
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			<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 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			
			有効期間(注2)	年 月 日から					年 月 日まで					

(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。  
(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場合、今回の申請は取り下げがあったものとみなします。

主治医	医療機関名		医師名	
	所在地	〒 _____ 電話番号 ( )		
	受診状況	通院中(最終受診日 年 月 日頃)・入院中( 年 月 日から)		

医療保険	保険者名	保険者番号
	被保険者等 記号・番号・枝番	

**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	
-------	--

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。	同意する	※区・支所処理欄 受領者(資負)確認 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 ※その他の場合は欄外に氏名・関係を補記
	(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。	同意する	
	(署名) 被保険者氏名(認定を受けようとしている方)	同意しない	
代筆の場合(代筆者氏名 _____) (続柄等 _____)			

(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。

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、認定調査を行ってもらえ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がございますので、ご了承ください。)

事業者名称		事業者番号	
調査実施者 (担当ケアマネジャー)	氏名	電話番号( )	—

●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								申請種別	更新申請
被保険者 (調査対象者)	フリガナ									現在の 要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	氏名										要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
日程調整のための 連絡先等	フリガナ									被保険者区分	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> その他
	氏名										<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居等 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他
	続柄等( )										
※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 type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他				電話〔優先②〕 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他						
	( ) —				( ) —						
希望する連絡時間帯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (午前・午後 時～ 時頃)											
※ありの場合は、 <u>午前 8:45 から午後 5:30</u> 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( )	
※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 type="checkbox"/> 入院・入所中(住民登録地以外)									入院・入所日( 年 月 日)	
	医療機関・施設名:									電話( )	
	所在地:									入院の場合( 病棟)( 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( )									予定日( 年 月 日)	電話( )	
立会者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上記の連絡先者										
	<input type="checkbox"/> 他(氏名: ) (続柄等: ) (電話: )										
利用サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input 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"/> 配食 <input type="checkbox"/> 他( )										
主たる疾病											
世帯状況	<input 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 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 type="checkbox"/> あり(主な症状 )										
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。)										