

介護保険 要介護・要支援認定
 要介護・要支援更新認定
 要介護・要支援状態区分変更認定

申請書

記載例（表面）
〔申請代行される事業者様用〕

(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 本丸居宅介護支援事業所 管理者 介護 花子	事業所番号 (2 3 1 0 9 8 7 6 5 4)				
申請者住所 (提出代行者所在地)	〒 4 6 0 - 0 0 0 0 名古屋市中央区本丸1丁目1番1号		日中連絡のとれる電話番号 (0 5 2) 9 9 9 - 1 1 1 1		
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	3 7 年 1 月 1 日
被保険者氏名	名古屋 太郎		性別	男	
住所 (住民登録地)	〒 4 6 0 - 8 5 0 8 名古屋市中区三の丸3丁目1番1号		電話番号 (0 5 2) 9 7 2 - 1 1 1 1		
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)の送付先	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 住所と異なる現在地 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者(提出代行者)住所 <input type="checkbox"/> 変更なし				
申請歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	前回の認定等の結果 (有の場合)	要介護状態区分等 有効期間	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当 令和2年6月1日から令和5年5月31日まで	
現在の状況等	<input type="checkbox"/> 居宅 ケアプランを作成している事業所名() <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 介護の手間の増加 <input type="checkbox"/> 介護の手間の減少 詳しい理由(3月末に施設内で転居)				
(注)「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					
主治医	医療機関名	はち丸クリニック		医師名	はち丸 一郎
	所在地	〒 4 6 0 - 8 5 0 0 名古屋市中区はち丸1丁目1番1号		電話番号 (0 5 2) 9 9 9 - 9 9 9 9	
	受診状況	通院中(最終受診日令和4年4月12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		保険者番号	0 1 0 1 0 0 1 1
	被保険者証等 記号・番号・枝番	NGY99999			
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	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険事業の適切な運営の確保に必要と認められる場合は、要介護・要支援認定等に係る名古屋市介護認定審査会に申請することと同意します。 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援認定の有効期間内であることと同意します。 新規・区分変更申請の方は、1つ目のみご確認ください。(※4) (署名してください。) 被保険者 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)				

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。

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。

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。

加入している医療保険被保険者証の保険者名等を記入し、申請時に保険証を提示(郵送申請の場合はコピーを添付)してください。

同意事項をお読みいただき、チェック欄にをした上で、ご署名ください。(※3)

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

<記入の際の主な注意事項>

- ※1 新規申請・区分変更申請の場合は区役所や支所での受理日、更新申請の場合は名古屋市介護認定事務センターに到着した日付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。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。
- ※4 同意事項の2つ目は更新申請の方のみ対象となります。新規申請・区分変更申請の方は、1つ目のみ、更新申請の方は両方の同意事項をご確認ください。

この用紙は、古紙パルプを含む再生紙を使用しています。

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	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 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 氏名 名古屋 太郎										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 (認定日 令和2年 5月25日)
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 type="checkbox"/> 別居等 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他 (続柄等 担当ケアマネジャー)	
※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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 (052) 999-1111										電話(優先②) <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 他 (090) 999	
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	<input type="checkbox"/> 住民登録地 住所の記入は不要です。 駐車場() (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。 ※3つの□のうちいずれかに必ずチェックしてください。	<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) <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4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(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()											
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 type="checkbox"/> サービス利用 <input type="checkbox"/> 状態の改善 <input checked="" 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 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() <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"/> 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りましたらご記入ください(例:〇〇の話は控えてほしい) ・3月末に施設内で転倒し、大腿骨骨折。											

フリガナ、電話番号などもれなくご記入ください。

調査は平日の日中に行います。2週間以内を目途にご記入ください。

認知症の症状がある場合は具体的にご記入ください。

更新申請の場合の記載例（裏面）

〔申請代行される事業者様用〕

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 介護 花子	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 氏名 名古屋 太郎	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
		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 type="checkbox"/> 別居等 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他	
	事業所の場合(事業所名)	続柄等(担当ケアマネジャー) 本丸居宅介護支援事業所	
※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) 999-1111	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～ 4 時頃	
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)		
※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"/> 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)		
立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中(住民登録地以外) 入院・入所日(令和3年10月1日)		
	医療機関・施設名:住宅型有料老人ホーム本丸 電話(123-4567) 入院の場合(病棟) (号室)		
利用サービス	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)電話()		
主たる疾病	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先者		
	<input checked="" type="checkbox"/> 他(氏名: 東海 一美) (続柄等: 子) (電話: 987-6543)		
世帯状況	<input checked="" 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 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		
聴力	脳血管疾患		
	<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"/> 聾唖		
認知症の症状	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。		
	<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。) 当日は担当ケアマネと長女の東海様2名で立会予定。 ご本人様はくも膜下出血の後遺症から認定症状が進行し、在宅生活が難しくなったため、R3年10月に住宅型有料老人ホームへ入所した。		