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・要支援更新認定 / ☐ 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	☐包括支援　☐居宅支援　☐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		

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 / 被保険者氏名	ナゴヤ　タロウ / 名古屋　太郎	生年月日	明治 大正 昭和 37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）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 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	年　月　日から　年　月　日まで	
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（なごやはち丸病院）			
変更申請の理由	☐介護の手間の増 詳しい理由（			

（注）「認定通知等」には、介護保険負担割

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。

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

↓必ずいずれかにチェックしてください↓

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なことがあります

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	〒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　年　月　日頃）・入院中（令和４年　3月19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	○×健康保険組合	保険者番号	01010011
	被保険者証等記号・番号・枝番	NGY99999		

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。

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	☑介護保険事業の適 … 要支援認定等に係る名古屋市介護認定事 … に同意します。 ☐要介 … 認定の有効期間内であれ … （署名してください。）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）

新規・区分変更申請の方は、１つ目のみご確認ください。（※５）

この用紙は、古紙パルプを含む再生紙を使用しています。

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。（※４）

＜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　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）等はご本人に代わり、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。ただし、個人番号を記入する場合は、別途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。
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。

※５　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。

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	☑ 新規　□ 区分変更 (注)要支援
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 要支援 (認定日　　年　　月　　日)
		被保険者区分	□1号　☑2号　□その他

1号：65歳以上
2号：40～64歳

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	□本人 □同居 ☑別居等 □事業所 □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〕☑自宅 □携帯 □職場 □他 （052）999－1111	電話〔優先②〕□自宅 ☑携帯 □職場 □他 （090）9876－5432
	希望する連絡時間帯　□なし ☑あり（午前・午後　1　　） ※ありの場合は、午前8：45～午後5：30の時間帯でお願	

フリガナ、電話番号などもれ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）に調査します。ご希望
調査実施場所 ※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。	□住民登録地　電話（　　） 住所の記入は不要です。　キング（□あり □なし □不明） □現在地（住民登録地 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4年　3月19日） 医療機関・施設名：なごやはち丸病院　電話（999－9999） 入院の場合（東）病棟（101）号室 所在地：名古屋市はち丸1丁目1番1号 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4年　4月　末　日頃）　電話（　　）

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。

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 □　　）
聴力	□問題なし ☑少し耳が遠い □かなり耳が　□筆談等が必要 □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：○○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。

認知症の症状がある場合は具体的にご記入ください。

（※）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

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	１０００１２３４５６	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 □1 ☑2 □3 □4 □5 要支援 □1 □2
		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 ※１週間以内を目途にお電話します。（平日の日中）	フリガナ　チュウブ　マルミ 氏名　中部　丸美	□本人 □同居 ☑別居等 □事業所 □他 続柄等（　子　） 事業所の場合（事業所名　　）	
	電話〔優先①〕 □自宅 □携帯 ☑職場 □他 （　０５２　）９８７－６５４３	電話〔優先②〕 □自宅 ☑携帯 □職場 □他 （　０９０　）１２３４－５６７８	
	希望する連絡時間帯　□なし　☑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 ※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。	□住民登録地　電話（　　） 住所の記入は不要です。　駐車場（□あり □なし □不明）近隣パーキング（□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・入所日（令和４　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（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（　　年		
立会者	□なし ☑上記の連絡先者 □他（氏名：		
利用サービス	☑訪問介護 □通所介護 □		
主たる疾病	脳血管疾患		
世帯状況	☑独居 □高齢者（夫婦）世帯 □子等家族と同居 □他（　　）		
聴力	□問題なし ☑少し耳が遠い □かなり耳が遠い □筆談等が必要 □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定症状が進行し、在宅生活が難しくなったため、Ｒ４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れなくご記入願います。