

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

※1

申請者氏名 (窓口に来られた方等)	中部 丸美	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(090)1234-5678		

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。

フリガナ	ナゴヤ タロウ	生年 月日	明治 昭和 平成 令和 39年1月1日	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
被保険者氏名	名古屋 太郎				

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

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)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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (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	令和6年4月1日から 令和7年3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・施設名等) 住宅型有料老人ホーム本	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
--------	---	--

入院・入所等の場合は必ず施設名等をご記入ください。

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7年1月10日頃)・入院中(年 月 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ご記入してください。

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	<input checked="" type="checkbox"/> 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・要支援認定等に係る名古屋市介護認定審査会の審査判定の結果を、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。	※区・支所処理種 受領者(責負) 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 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。	
	(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)	

同意事項をお読みいただき、チェック欄に☑をした上で、ご署名ください。
(※4)

※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は、今回の申請は取り下げがあったものとみなします。ご了承ください。

この用紙は、古紙パルプを含む再生紙を使用しています。

<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。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。

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 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 チュウブ マルミ 氏名 中部 丸美	<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)		
※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6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()		
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定症状が進行し、在宅生活が難しくなったため、R6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のりなくご記入願います。