

記載例（表面）
〔申請代行される事業者様用〕

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
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	□包括支援 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (090)1234-5678	
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 明治 39年1月1日 性別 男
被保険者氏名	名古屋 太郎	昭和
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↓ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし	
申請歴	<input checked="" type="radio"/> 前回の認定等の結果 要介護状態区分等 要介護(1) <input checked="" type="radio"/> 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当 無 (有の場合) 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丸	
(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する 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		
主治医	医療機関名 所在地	医師名
	なごやはち丸病院 〒460-8508 名古屋市中区はち丸3丁目1番4号 電話番号 (052)999-9999	はち丸 一郎
	受診状況 <input checked="" type="checkbox"/> 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)	
医療保険	保険者名 被保険者等 記号・番号・枝番	保険者番号
	〇×健康保険組合 NGY88888	01010011
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。 <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 介護 花子) (続柄等 担当ケアマネジャー)	

※1 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の保険者名等をご記入してください。

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)

※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 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。

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 続柄等(担当ケアマネジャー) 事業所の場合(事業所名 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
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)		
	<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) 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()		
立会者	<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)		
利用サービス	<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()		
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		
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 少し耳が遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 聴覚障害()		
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:〇〇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、R6年10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。