

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)	本人との 関係
提出代行者 名 称	事業所番号 ()
本丸居宅介護支援事業所 管理者 介護 花子	
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 (052) 999-1111
〒460-0000 名古屋市中区本丸1丁目1番1号	

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。

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	
被保険者氏名	名古屋 太郎	生年 明治 39年 1月1日 性別 男
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)	↓必ずいずれかにチェックしてください↓	

介護保険被保険者証
をご確認の上ご記入
ください。

今後の認定通知等(注)の送付先	<input checked="" 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	<input checked="" type="checkbox"/> 前回の認定 等の結果 (有の場合) 無 (有の場合) 要介護状態区分等 有効期間 令和5年6月1日から令和8年5月31日まで	要介護(1 2 3 4 5) 要支援(1 2) 非該当 (2)
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 詳しい理由(9月末に施設内で転倒)	

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ことがあります

主治医	医療機関名	はち丸クリニック
	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6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
ご記入ください。

医療保険	保険者名	O×健康保険組合	保険者番号	01010011
	被保険者等 記号・番号・枝番	NGY999999		

加入している医療保
険の保険者名等を記
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。 (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)	※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
-----	--	---

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)

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 窓口提出の場合は区役所や支所での受理日、郵送提出の場合は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。

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 氏名 ナゴヤ タロウ 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5年 5月25日)
日程調整のための 連絡先等	フリガナ 氏名 カイゴ ハナコ 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 所)	被保険者区分 <input type="checkbox"/> 1号 <input checked="" type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> その他
※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 type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 (090) 9999	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	<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。	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) ※ありの場合は、午前8:45~午後5:30の時間帯でお願いします。	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。
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(<input type="checkbox"/>) (<input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> 現在地(住民登録地以外) 住所: () 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6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()	※3つの□のうちいずれかに必ずチェックしてください。
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"/> 配食サービス () <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 () 眼鏡が必要 <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) ・9月末に施設内で転倒し、大腿骨骨折。		

(※) 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