要介護・要支援認定申請を代行される際等の留意事項について

ケアマネジャーの皆さまが、ご本人やご家族に要介護認定についてご説明される際や認定申請を代行される際は、下記の事項にご留意くださいますようお願いいたします。

（１）申請書の「同意欄」への記載について

・「要介護・要支援認定申請書（更新・区分変更を含む）」の最下部に、情報提供に関する「同意欄」があります。

・この同意欄は、介護サービス計画の作成等に必要な情報として、認定調査の内容、主治医意見書、介護認定審査会の審査判定結果を、名古屋市が介護情報基盤等を利用して介護保険事業者や主治医等へ提供することに同意いただくためのものです。
※名古屋市では、令和 12 年頃から介護情報基盤の利用を予定しています。それまでの間は、審査判定結果を主治医意見書作成医師へ提供するかどうかの判断のためにのみ使用します。

・同意欄の記載がない場合、介護サービスの提供に有用な情報が関係者間で共有されない可能性があります。そのため、**認定申請を代行される際は、同意欄への記載漏れがないよう十分にご確認ください**（同意しないことも可能です）。
※記載方法については次ページ以降をご参照ください。

（２）主治医意見書の作成依頼について

・要介護・要支援認定申請が行われると、名古屋市から主治医へ主治医意見書の作成を依頼します。

そのため、**ご本人やご家族に対しては、認定申請を行ったことおよび名古屋市から主治医意見書の作成依頼が送付されることを、あらかじめ主治医へお伝えいただくよう**ご案内ください。

・特に、**受診歴がない場合や長期間受診していない場合**（最終受診日から相当期間が経過している場合）は、主治医意見書の作成が困難となることがあります。そのため、ご本人やご家族に主治医意見書の作成が可能かどうかを確認していただくとともに、必要に応じて早期受診を促すなど、意見書の円滑な提出に向けたご対応をお願いいたします。

・また、複数の医療機関を受診している場合には、介護が必要となった経緯や日頃の生活状況を最もよく把握している医師を主治医として申請書に記載するようご案内ください。

新規申請・区分変更申請用

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

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 ☐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)	〒 日中連絡のとれる電話番号( )		

被保険者番号	1	0									個人番号			
フリガナ 被保険者氏名											生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	性別	男・女
住所 (住民登録地)	〒 電話番号( )													
現在地 (上記と異なる場合)	〒 電話番号( )													
今後の認定通知等(注1)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										
変更申請の理由	☐介護の手間の増加 ☐介護の手間の減少 詳しい理由( )													

(注1)「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介護保険被保険者証を含む。

主治医	医療機関名		医師名	
	所在地	〒 電話番号( )		
	受診状況	通院中(最終受診日 年 月 日頃)・入院中(年 月 日から)		

医療保険	保険者名		保険者番号	
	被保険者等記号・番号・枝番			

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	

同意欄 (注2)

介護サービス計画の作成等、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・要支援認定に係る調査の内容、名古屋市介護認定審査会による審査判定の結果及び意見、主治医意見書、名古屋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、名古屋市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護予防・日常生活支援総合事業を行う者の関係者、主治医意見書に係る医師又は要介護・要支援認定に係る調査に従事した認定調査員に提示(地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。)することに同意しますか。

同意する
同意しない

(署名) 被保険者氏名(認定を受けようとしている方)

代筆の場合(代筆者氏名)(続柄等)

※区・支所処理欄

受領者 (資 負) 確認
☐申請者 ☐その他 ※その他の場合は欄外に氏名・関係を補記

(注2)「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。「同意する」場合は署名をお願いします。

記載方法:同意欄の右欄の「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。
※「同意する」場合は署名も必要です。

更新申請用

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　□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)	〒 日中連絡のとれる電話番号（　　）		

被保険者番号	1	0									個人番号			
フリガナ 被保険者氏名											生年月日	明治 大正 昭和　年　月　日	性別	男・女
住所 (住民登録地)	〒 電話番号（　　）													
現在地 (上記と異なる場合)	〒 電話番号（　　）													
今後の認定通知等(注1)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(注2)	年　月　日から　年　月　日まで										

(注１)「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介護保険被保険者証を含む。
(注２)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、今回の申請は取り下げがあったものとみなします。

主治医	医療機関名		医師名	
	所在地	〒 電話番号（　　）		
	受診状況	通院中(最終受診日　年　月　日頃)・入院中(　年　月　日から)		

医療保険	保険者名		保険者番号
	被保険者等記号・番号・枝番		

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	

同意欄 (注3)	介護サービス計画の作成等、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・要支援認定に係る調査の内容、名古屋市介護認定審査会による審査判定の結果及び意見、主治医意見書、名古屋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、名古屋市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者若しくは介護予防・日常生活支援総合事業を行う者の関係者、主治医意見書に係る医師又は要介護・要支援認定に係る調査に従事した認定調査員に提示（地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。）することに同意しますか。	同意する 同意しない
	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か。	同意する 同意しない
	(署名) 被保険者氏名(認定を受けようとしている方) 代筆の場合(代筆者氏名　　)(続柄等　　)	

※区・支所処理欄

受領者 (資　負) 確認
□申請者 □その他 ※その他の場合は欄外に氏名・関係を補記

(注3)「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。「同意する」場合は署名をお願いします。

記載方法：同意欄の右欄の「同意する」「同意しない」のいずれかに○を付けてください。
※「同意する」場合は署名も必要です。