

要介護・要支援認定のオンライン申請方法



申請用 QR コード

小牧市では、要介護・要支援認定の申請をオンラインで行うことができます。
下記の事項をご確認のうえ、右の QR コードを読み取っていただき、
申請入力をお願いいたします。

スムーズに申請を行うため事前にご確認ください

(1) 下記2点をお手元に用意してください。

1. 介護保険被保険者証
2. 医療保険に加入していることがわかるもの

(下記のうちいずれか1点)

- ①医療保険被保険者証
- ②マイナポータルの医療保険資格確認画面
- ③医療保険者から交付されている「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」

(2) 主治医に要介護認定の申請をする旨を伝え、意見書を記入してもらえるか確認してください。
主治医のフルネームと病院名が分かるものをお手元に用意してください。

介護保険被保険者証見本



申請受付のタイミングについて

○平日の17時15分までに申請フォームへの入力が完了したものを、当日受付分とします。

17時15分を過ぎた入力については、翌開庁日の受付となりますのでご注意ください。

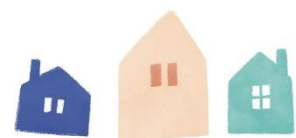
○上記のルールに沿って、受付日＝申請日が基本となります。日付を遡っての申請はできません。

【更新申請について】

- ・認定有効期間満了日の60日前から申請できます。

【区分変更申請について】

- ・1日付け申請の場合、申請日の一週間前から申請入力が可能です。
その場合、申請日は必ず該当月の1日をお選びください。
申請日の入力誤りのないよう、必ずご確認をお願いいたします。



申請入力ができる方

ご本人以外に、ご家族やケアマネジャー、施設職員等の代行申請が可能です。

申請入力について

申請入力フォームに沿って、入力してください。

入力のし易さを鑑み、紙の申請書様式とは項目の順序が異なりますのでご注意ください。



申請区分

選択

申請年月日

2025/03/12

-----被保険者の方の情報-----

氏名

フリガナ

〔一部省略〕

介護保険被保険者番号

0010

ファイルを選択

最大10MB

介護保険証の画像を添付してください

【申請区分】

プルダウンより、『新規・更新・変更・転入継続』のいずれかを選択してください。

【申請年月日】

初期値は入力日です。1日付けの区分変更申請の場合は、該当月の1日を確実に選択してください。

申請完了時刻が17時15分を過ぎると翌開庁日の受付となります。

【被保険者の方の情報】

要介護認定を受ける方の氏名等を入力してください。

【介護保険被保険者番号】

0010から始まる10桁の番号を記入してください。

※紛失等でどうしても分からない場合は、空欄のまま進めてください。

【介護保険被保険者証の画像を添付】

下の画像のように、介護保険証の氏名があるページと、現在の認定状況が分かるページを見えるようにして、画像を添付してください。



【前回の要介護（要支援）状態区分】

選択

【前回の有効期間（始期）】

から

【前回の有効期間（終期）】

📅

【申請の理由】

例) 歩行が困難となったため

【特定疾病名】

選択

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

〔一部省略〕

-----医療保険について-----

【医療保険の種類を選択してください】

選択

【記号・番号・枝番】

【医療保険資格取得日】

例) 令和●年●月●日

【前回の要介護（要支援）状態区分】

プルダウンより、前回の要介護度をお選びください。
新規申請の方は入力不要です。

【前回の有効期間】

介護保険被保険者証をご確認のうえ、入力してください。
新規申請の方は入力不要です。

この部分を触ると
年度を変更できます

2023年3月 >

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4

【申請の理由】

申請が必要になった理由を入力してください。
新規・区分変更の方は必須です。

【特定疾病名】※2号被保険者の方のみ必須

該当する特定疾病名をプルダウンよりお選びください。
選択する特定疾病の内容で主治医意見書を書いてもらえるかを、申請前に必ず主治医に確認してください。

【医療保険の種類を選択】

プルダウンよりお選びください。
社会保険の方や生活保護を受給されている方は
「その他」を選び、入力を進めてください。

【記号・番号・枝番】【医療保険資格取得日】

該当するものを入力してください。
番号とは被保険者番号のことを指します。
（後期高齢者医療保険は番号のみです）
※どうしても分からない場合は、空欄のまま進めて
ください。

後期高齢者医療保険者証

被保険者番号 ○○○○○○○○

氏名 ○○ ○○○

資格取得日 平成○○年○月○日

保険者名 愛知県後期高齢者医療保険
登録者番号 39232194

医療保険の種類

番号

資格取得日



----入力されている方の情報----

申請する方

選択

この申請についての連絡先電話番号

入力されている方以外の場合は、お名前と続柄もご記入ください

メールアドレス

申請後に確認メールを希望される場合はご記入ください

主治医の氏名

医療機関名

-----認定調査について-----

訪問調査場所*

- ☐ 本人自宅
☒ 入院・入所施設、その他

病院・施設名（病棟）

入院中の方は病棟まで入力してください

訪問先住所

市外の場合のみ入力してください

【申請する方】

今入力されている方を『本人、ご家族、ケアマネジャー等』から選択してください。

※ご本人以外の場合は、続けてお名前やご本人との関係などを入力していただきます。

【この申請についての連絡先電話番号】

申請入力をされている方以外が連絡先の場合は、お電話番号とともにお名前と続柄を入力してください。
例）090-1234-5678（小牧太郎：息子）

【メールアドレス】

申請確認のメールが必要な方のみ入力してください。

【主治医の氏名】

フルネームで入力してください。

【医療機関名】

正式名称を入力してください。

【訪問調査場所】

調査場所を選択してください。自宅にて調査の方は、『駐車場の有無』まで進んでください。
入院・入所中の方は、病院名等を入力してください。
娘さん宅などで生活されている場合は『その他』として入力してください。

【病院・施設名（病棟）】

〇〇病院4階、〇〇病院5E など、病棟名までお願いいたします。

【訪問先住所】

市内の病院であれば入力不要です。
市外の病院・施設の場合は入力してください。

入院・入所日

例) 令和●年●月●日

相談員等担当者名

駐車場の有無 *

- ☐ 有り
- ☐ 無し

立会い希望の有無

立会者と本人の関係

利用中のサービス

複数選択可

別室での聞き取り *

- ☐ 希望する
- ☒ 希望しない

その他、調査に際して伝えておきたいことがあれば記入してください

【入院・入所日】

詳細な日付が分からない場合は、年月のみで構いません。

【相談員等担当者名】

病院、施設の相談員、ソーシャルワーカー等の名前を入力してください。

【駐車場の有無】

調査員が車で訪問することが多いです。集合住宅等で駐車場番号がある場合は、その入力をお願いします。

【立会い希望の有無】

プルダウンより、『無し、申請者、提出代行者、その他』から選択してください。その他の場合は氏名等の入力もお願いいたします。

【立会者と本人の関係】

続柄や、知人、ケアマネ等と入力してください。

【利用中のサービス】

選択肢から複数選択が可能です。利用中のものを全てお選びください。

【別室での聞き取り】

日頃の様子など、ご本人の前で話しにくいことがある場合は『希望する』にチェックをしてください。

本人への対応で気を付けてほしいことや、調査希望日、曜日、時間等、事前に伝えておきたいことを入力してください。

- ☒ 同意します
☐ 同意しません

✓ 確認



✓ 回答

< 戻る



ありがとうございます、申請を受け付けました。

【同意欄】

内容をご確認いただき、いずれかにチェックをお願いします。サービス利用をスムーズに進めるため、ご理解、ご協力をお願いいたします。

※全ての入力完了したら、確認ボタンを押してください。

※入力内容を確認し、回答ボタンを押してください。

※このようなメッセージが出たら申請完了です。

メールアドレスを入力された方は、確認メールが届きますのでご確認ください。



ご入力内容の確認や認定調査日の調整のために、「この申請についての連絡先電話番号」に入力された連絡先にお電話をさせていただきます。
特に月初めは申請が込み合うため、数日間お待たせする場合もありご不便をおかけしますが、ご理解とご協力をお願いいたします。

小牧市役所 介護保険課 認定係
《連絡先》0568-76-1198