

# 要介護認定等情報提供申請について

要介護認定等に関する資料の情報提供は、要介護認定等を受けた方の心身の状況に応じた適切な介護サービス計画が作成されることを目的としています。

## 提供対象者

- ・要介護認定等を受けた本人
- ・本人からの同意を得た主たる介護者（介護を行う親族または法定代理人等）
- ・本人と契約しているケアプランを作成する立場の事業者

## 申請書の提出方法

介護保険課給付係の窓口へ持参、または郵送してください。

（注：個人情報保護の観点から FAX での申請は受付していません）

## 写しの費用

1枚 10 円（1 件あたり 6～10 枚のため、60 円～100 円かかります。）

## 申請者の確認

情報提供の申請を行う場合は、申請者の確認書類等、以下のものを提示又は写しを提出してください。

|               |   |
|---------------|---|
| 本人申請の場合       | ・申請者の本人確認が出来る公的な証明書<br>（運転免許証、個人番号カード等）   |
| 主たる介護者が申請する場合 | ・主たる介護者の本人確認が出来る公的な証明書<br>（運転免許証、個人番号カード等）<br>・本人との関係が確認できる書類<br>（本人から預かった介護保険被保険者証等） |
| 事業者が申請する場合    | ・介護支援専門員証<br>・利用契約書等、本人と契約を締結していることが確認できる書類<br>（注：居宅サービス計画作成依頼届出書を提出済であれば不要）          |

## 申請に必要なもの

|         |  |
|---------|--|
| 窓口での申請  | ①要介護認定等情報提供申請書 兼 領収書<br>②申請者の確認書類<br>③写しの費用<br>④印鑑(受領印を頂くため)                   |
| 郵送による申請 | ①要介護認定等情報提供申請書 兼 領収書<br>②申請者の確認書類の写し<br>③無記名の定額小為替(※1)(写しの費用として)<br>④返信用封筒(※2) |

(※1)写しの費用は、1枚10円です。案件によって枚数が異なるため(6~10枚)、

1件分100円の定額小為替をご準備ください。

なお、おつりが発生した場合は、切手でお返しいたします。

(※2)定形…92円切手を貼付したもの

### 【 郵送の宛先 】

〒809-8501 福岡県中間市中間一丁目1番1号

中間市 保健福祉部 介護保険課 給付係 宛て

## その他の注意事項

- ・包括支援センターからの申請は、手続きが異なりますので、下記までお問い合わせください。
- ・提供の対象は、認定に係る結果通知書等を送付した要介護認定等に限りません。  
必ず、認定の結果を確認してから申請を行ってください。
- ・認定非該当となった申請に関する情報はケアプラン作成等につながらないため、対象外です。
- ・申請書は遵守事項も含めて2枚組です。両面で印刷を行ってください。

## 問合せ先

中間市 保健福祉部 介護保険課 給付係 (直通)093-246-6283

別記様式(第4条関係)

### 要介護認定等情報提供申請書 兼 領収書

年 月 日

中間市長 様

私は、下記の被保険者の要介護認定等に関する資料を提供されるよう申請します。なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任において適正に管理することを約します。

|   |           |    |           |                         |                                    |    |  |
|---|-----------|----|-----------|-------------------------|------------------------------------|----|--|
| 申請者   | 事業者等名称    |    |           | 本人との関係                  | <input type="checkbox"/> 被保険者本人    |    |  |
|   | 事業者番号     |    |           |                         | <input type="checkbox"/> 親族( )     |    |  |
|   | 代表者氏名(氏名) | 印  |           |                         | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |    |  |
|   | 住所・所在地    | 〒  | 電話番号 ( )- |                         | <input type="checkbox"/> 介護保険施設    |    |  |
|   |           |    |           |                         | <input type="checkbox"/> その他( )    |    |  |
|   |           |    |           | 申請件数: 件                 |                                    |    |  |
| 1   | 被保険者番号    | カナ |           | 4                       | 被保険者番号                             | カナ |  |
|   |           | 氏名 |           |                         |                                    | 氏名 |  |
| 2   | 被保険者番号    | カナ |           | 5                       | 被保険者番号                             | カナ |  |
|   |           | 氏名 |           |                         |                                    | 氏名 |  |
| 3   | 被保険者番号    | カナ |           | 6                       | 被保険者番号                             | カナ |  |
|   |           | 氏名 |           |                         |                                    | 氏名 |  |
| 提供資料指定あり→下欄にチェック 指定なし→下欄すべて   |           |    |           | 受領確認欄                   |                                    |    |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問調査及び認定結果資料 <input type="checkbox"/> 訪問調査特記事項<br><input type="checkbox"/> 訪問調査・主治医意見書比較資料 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 |           |    |           | 上記の情報提供を受けました。<br>( ) 印 |                                    |    |  |
| 受取人本人確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他( )           |           |    |           |                         |                                    |    |  |

※注意：必ず裏面も印刷してください。(裏面に遵守事項の記載がない場合は、受け付けることが出来ません。)

### 領収書(控)

|           |      |   |    |     |  |
|-----------|------|---|----|-----|--|
| 納入義務者住所   |      |   |    | 領収印 |  |
| 氏名・事業者等名称 |      |   |    |     |  |
| 内訳        |      |   | 金額 |     |  |
| 件         | 10 円 | × | 枚  | 円   |  |

上記のとおり、領収いたしました。

中間市長

### 領収書

|           |      |   |    |     |  |
|-----------|------|---|----|-----|--|
| 納入義務者住所   |      |   |    | 領収印 |  |
| 氏名・事業者等名称 |      |   |    |     |  |
| 内訳        |      |   | 金額 |     |  |
| 件         | 10 円 | × | 枚  | 円   |  |

上記のとおり、領収いたしました。

中間市長

## 遵 守 事 項

1. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画作成以外の目的のために使用しません。
  2. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画に係る関係者以外の者に漏らしません。
  3. 私は、提供を受けた情報について、本人に関するものについては当該本人（知らせようとする者が当該本人である場合を除く。）の、本人以外の親族に関するものについては当該親族の書面による同意がなければ、これらの者以外の者に知らせたり提供したりしません。
  4. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画作成以外の目的で、複製したり複写したりしません。
  5. 私は、提供を受けた情報について厳重に管理し、紛失、破損、漏えい及び改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講じます。
  6. 私は、提供を受けた情報について、提供を受けた目的に使用する必要がなくなったときは、裁断等の方法により速やかに廃棄するか、又は本人若しくは市長に返還します。
  7. 私は、提供を受けた情報について、本人又は市長から提示、提出又は返還を求められたときは、これに速やかに応じます。
- （注）上記の遵守事項に違反した場合、その後の情報提供が受けられなくなる場合があります。

## 要介護認定等情報提供申請書 兼 領収書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

中間市長 〇〇 〇〇 様

私は、下記の被保険者の要介護認定等に関する資料を提供されるよう申請します。なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任において適正に管理することを約します。

|   |                                |  |                                   |                                 |   |    |  |
|---|--------------------------------|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|----|--|
| 申請者   | 事業者等名称                         | 中間太郎ケアプランセンター                                |                                   | 本人との関係                          | <input type="checkbox"/> 被保険者本人               |    |  |
|   | 事業者番号                          | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇                                   |                                   |                                 | <input type="checkbox"/> 親族( )                |    |  |
|   | 代表者氏名(氏名)                      | 中間 太郎  |                                   |                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 |    |  |
|   | 住所・所在地                         | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇( 〇〇〇 )-〇〇〇〇<br>中間市中間1-1-1 |                                   |                                 | <input type="checkbox"/> 介護保険施設               |    |  |
|   |                                |  |                                   | <input type="checkbox"/> その他( ) |   |    |  |
|   |                                |  |                                   | 申請件数: 1 件                       |   |    |  |
| 1   | 被保険者番号                         | カナ   | ナカマ ハナコ                           | 4                               | 被保険者番号  | カナ |  |
|   | 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0          | 氏名   | 中間 花子                             |                                 | 氏名  |    |  |
| 2   | 被保険者番号                         | カナ   |                                   | 5                               | 被保険者番号  | カナ |  |
|   |                                | 氏名   |                                   |                                 | 氏名  |    |  |
| 3   | 被保険者番号                         | カナ   |                                   | 6                               | 被保険者番号  | カナ |  |
|   |                                | 氏名   |                                   |                                 | 氏名  |    |  |
| 提供資料指定あり→下欄にチェック 指定なし→下欄すべて   |                                |  |                                   | 受領確認欄                           |   |    |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問調査及び認定結果資料 <input type="checkbox"/> 訪問調査特記事項             |                                |  |                                   | 上記の情報提供を受けました。                  |   |    |  |
| <input type="checkbox"/> 訪問調査・主治医意見書比較資料 <input checked="" type="checkbox"/> 主治医意見書 |                                |  |                                   | ( 印 )                           |   |    |  |
| 受取人本人確認   | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード             | <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 | <input type="checkbox"/> その他( ) |   |    |  |

※注意：必ず裏面も印刷してください。(裏面に遵守事項の記載がない場合は、受け付けることが出来ません。)

## 領収書(控)

|           |               |    |     |
|-----------|---------------|----|-----|
| 納入義務者住所   | 中間市中間1-1-1    |    | 領収印 |
| 氏名・事業者等名称 | 中間太郎ケアプランセンター |    |     |
| 内訳        |               | 金額 |     |
| 件         | 10 円 × 枚      | 円  |     |

上記のとおり、領収いたしました。

中間市長

〇〇 〇〇

## 領収書

|           |               |    |     |
|-----------|---------------|----|-----|
| 納入義務者住所   | 中間市中間1-1-1    |    | 領収印 |
| 氏名・事業者等名称 | 中間太郎ケアプランセンター |    |     |
| 内訳        |               | 金額 |     |
| 件         | 10 円 × 枚      | 円  |     |

上記のとおり、領収いたしました。

中間市長

〇〇 〇〇

## 遵 守 事 項

1. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画作成以外の目的のために使用しません。
  2. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画に係る関係者以外の者に漏らしません。
  3. 私は、提供を受けた情報について、本人に関するものについては当該本人（知らせようとする者が当該本人である場合を除く。）の、本人以外の親族に関するものについては当該親族の書面による同意がなければ、これらの者以外の者に知らせたり提供したりしません。
  4. 私は、提供を受けた情報について、本人の介護サービス計画作成以外の目的で、複製したり複写したりしません。
  5. 私は、提供を受けた情報について厳重に管理し、紛失、破損、漏えい及び改ざんの防止その他の適正な管理のために必要な措置を講じます。
  6. 私は、提供を受けた情報について、提供を受けた目的に使用する必要がなくなったときは、裁断等の方法により速やかに廃棄するか、又は本人若しくは市長に返還します。
  7. 私は、提供を受けた情報について、本人又は市長から提示、提出又は返還を求められたときは、これに速やかに応じます。
- （注）上記の遵守事項に違反した場合、その後の情報提供が受けられなくなる場合があります。