

介護情報基盤導入にあたって

この様式はR8年4月1日付申請から使用できます。3月中は使用しないでください。

介護情報基盤で認定調査票・主治医意見書を閲覧する場合（＝紙での資料提供を希望しない場合）は

「表面の右下チェック欄」と「裏面の資料提供申請書欄」は空白にして提出してください。

（※紙での資料提供を希望する場合はこれまで通り ①本人記名②右下チェック欄③裏面資料提供申請欄 への記入が必要です）

介護サービスを利用する皆様へ 介護情報基盤の運用開始に関するご案内

令和8年4月1日から介護情報基盤の運用が開始しました。
介護情報基盤とは、皆様の介護サービスに関する情報をひとつに集約し、皆様の同意に基づいて介護サービス提供に関わる関係者の間で共有する仕組みです。

介護情報基盤によって共有される情報と関係者

介護情報基盤
介護保険証 認定審査進捗状況 認定調査票 主治医意見書 住宅改修費 利用等情報 ケアプラン情報 LIFE※1情報の一部 など
マイナポータル※2
市町村(保険者) 介護事業所 医療機関 利用者

※1) LIFE
介護事業所が、介護サービス利用者の状態や、行っているケアの計画・内容などを一定の様式で提出することで、入力内容が集計・分析され、当該事業所や利用者にフィードバックされる情報システムです。

※2) マイナポータル
個人向け行政サービスのオンライン窓口であり、マイナンバーカードを利用して、手続きや本人情報の確認などの行政サービスを利用できます。

留意事項

- マイナポータルから閲覧できるのは、介護保険証・認定審査進捗状況、住宅改修費利用等情報、ケアプラン情報、LIFE情報の一部です。
- 令和8年4月1日時点において、マイナポータルから介護保険証情報が閲覧可能です。その他の情報がマイナポータルから閲覧可能になるのは、お住まいの自治体が介護情報基盤の利用を開始してからです。
- 認定調査票・主治医意見書、ケアプラン情報、LIFE情報の一部は、皆様の同意に基づき関係者間で情報が共有されます。

介護情報基盤によってできること

- スムーズな情報の管理**
健康保険証などと同様に、マイナポータル上でご自身の介護保険証などの情報を確認できるようになります。
- 安心感**
介護保険証や介護保険に関する書類などの紛失の心配が減り、災害や緊急時においても安心です。
- より良いサービスの利用**
介護事業所と市町村との間や、介護事業所間での情報のやりとりにより、より質の向上した介護サービスが利用できます。また、自身の介護情報に合わせて、主体的にサービスを選択できます。

介護情報基盤を利用するための皆様へのおねがい

- 要介護認定申請(新規・更新・区分変更)時に、介護情報基盤を利用した情報共有を行うことに同意いただける方には、当該申請書において同意をいただきます。
※同意しないこともできますし、一度同意した場合でも撤回は可能です。
- 申請書で同意をいただけない場合には、居宅介護支援事業所などで皆様から同意をいただくこともあります。
- 皆様が利用する介護事業所において、介護情報基盤を利用して最初に情報を閲覧する際に、マイナンバーカードまたは介護保険証が必要になります。
※マイナンバーカードまたは介護保険証を用いて本人確認を行います。

大分市からのお知らせ

- 大分市では、令和8年4月1日から介護情報基盤の利用を開始します。
- 介護事業所によっては、紙の介護保険証等の提示を求める場合があります。
- 詳しくは「介護情報基盤ポータルサイト」をご覧ください。

介護情報基盤ポータルサイト QRコード

厚生労働省 大分市 公益社団法人 国民健康保険中央会

○ 入力漏れや間違いがないかよく確認してから提出してください。

○ 申請書の必須項目が空欄の場合、対象セルが黄色になっていますので入力漏れの無いようお願いいたします。

(提出後の修正は受け付けません。)

○ 様式の体裁などの変更はせずに使用してください。

○ 2ページありますが、必ず両面印刷してください。

○ 申請に必要な添付書類は、「介護認定申請に必要な添付書類」というPDFに載せていますのでご確認ください。

○ 要支援1, 2の方の状態に変化があると見込まれるときは、「新規要介護認定申請」をしてください。

その場合、申請用紙は「介護保険認定申請書」を使用し、左下の申請理由を記入してください。

○ なにかご不明な点がございましたら長寿福祉課介護認定担当班までご連絡ください

TEL : 097-537-5743

介護保険認定申請書

(受付印)

大分市長 殿
次のとおり申請します。

申請区分 (○をしてください。)	1. 新規 2. 更新	申請識別区分 (○をしてください。)	1. 要介護 2. 要支援	申請年月日	令和 年 月 日
申請者	氏名 または 事業所名	提出代行者の場合は、該当するものに○をしてください。 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・ 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)		被保険者との関係	提出代行者 ・ ()
	住所 または所在地	〒 () 電話番号 ()			

訪問調査の立会いを希望する場合は、立会人の氏名、連絡先等を記入してください。
また、訪問調査に当たって特に知らせておきたい事項等がありましたら記入してください。

立会人	氏名	被保険者との関係	調査希望日等 (サービス利用日等) その他連絡事項	※詳しくは裏面にご記入ください。
有・無	TEL ()	有・無		
※ケアマネージャーの立会いの有無				

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所	〒 () 電話番号 ()			
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	施設利用の有無 (調査場所等) 有 ・ 無 (有の人は右側を記入)	該当するものに○をしてください。(指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院・医療機関・その他の施設)			
14日以内に他自治体から転入した人のみ記入	転出元自治体名 ()	転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中 (はい・いいえ) 申請日(令和 年 月 日)			

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 () 電話番号 ()

医療 保 険	保険者名	保険者番号
	被保険者証 記号	番号 枝番

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大分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人が取得した心身の状況等の情報を、大分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若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。
(更新申請の場合のみ)私は、申請日から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、要介護認定等延期のお知らせの省略に同意します。

本人記名

介護申請の場合のみ記入してください。
(新規・更新申請を除く。)

申請の理由	
-------	--

裏面の資料提供申請の内容(☑を入れてください。)

<input type="checkbox"/> 認定調査票 (概況調査・基本調査・特記事項)
<input type="checkbox"/> 主治医意見書

チェック欄(記入しないでください。)

電算入力 <input type="checkbox"/>	入力チェック <input type="checkbox"/>	再交付 <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------

【認定調査に関する連絡事項】

		月	火	水	木	金	土	日
サービス 利用状況	通所(種別)							
	訪問 (種別・時間)							
通院状況 (透析・受診・医療リハ等)								
その他 サービス利用	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入()品 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与()品							
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
調査に 関する 留意事項								
心身の 状況や病状 サービス 希望等								

資料提供申請書(表面の提出代行者に限る)

表面の介護保険認定申請について被保険者の同意があるときは、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、要介護認定等に関する資料について提供されるよう申請します。

申請の内容については、表面下段に記載しております。

なお、資料の提供を受けた際は下記の誓約事項を遵守し、私の責任で資料を適正に管理することを誓約します。

提出代行者の名称

代表者の氏名

住所

電話番号 ()

介護(介護予防)

サービス計画作成者

被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
----------	--

- 私は、提供を受けた資料に係る被保険者(以下「本人」という)に関する情報(以下「本人情報」という)を本人の介護(介護予防)サービス計画の作成または認知症加算の算定以外の目的には使用しません。
- 私は、本人の同意を得ることなく本人情報を本人以外の者に知らせ、もしくは提供することはありません。
- 私は、職員その他従事者または職員その他の従事者であった者が上記1および2に記した行為を行わないよう必要な措置を講じます。
- 私は、提供を受けた資料を複写し、または複製しません。
- 私は、提供を受けた資料を厳重に管理し、紛失・破損しないよう適正な保管に努めるとともに、紛失または破損した場合は、直ちに大分市に連絡し、その指示に従い対処します。
- 私は、本人との居宅介護支援または施設サービスの提供に係る契約関係が終了したとき、または提供を受けた資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料を大分市に返却するかまたは責任を持って破棄します。
- 私は、大分市から提供資料の提示または提出もしくは返却を求められたときは、速やかに応じます。