

鳥 広 介 第 1 2 7 7 号
令 和 7 年 3 月 3 日

管理者 各位

鳥栖地区広域市町村圏組合
事務局長 久 保 雅 稔
(公 印 省 略)

要介護及び要支援認定の情報提供にかかる取扱いの変更について（通知）

日頃より、当組合の介護保険行政につきましては、ご理解とご協力をいただき厚くお礼申し上げます。

さて、要介護及び要支援認定の情報については、ケアプランの作成に使用することを目的に情報提供を行っておりますが、その情報提供に要する期間については、各保険者の体制等によりそれぞれ定めています。

今回、事業所の事務負担軽減のため情報提供にかかる期間及び申請方法等の変更を別紙のとおり行いますので、ご確認いただきますようお願いいたします。

また、取扱いの変更に伴い当組合担当係を給付係から認定係へ変更いたしますので、併せて貴事業所内及び同法人等で周知いただきますようお願いいたします。

記

- 1 施 行 日 令和7年4月1日（火）
- 2 変更内容 別紙のとおり
- 3 担当変更 給付係 ⇒ 認定係

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課 給付係 tel: 81-3317 認定係 tel: 81-3315

別 紙

○ケアプラン作成資料の情報提供について

- ①申請書原本の受付は、原則審査会の3営業日後です。
- ②①の原本を受理後、即日情報提供します。
- ③即日に情報提供をすることに伴い、事前に認定係へ申請書を FAX していただき、FAX を送信した旨の電話をお願いします。また、申請書の受取希望年月日の枠内に、受取希望時間を記入してください。事前の連絡がなく申請に来られた場合は、状況により大変お待たせすることもあるため、原則半日前（午前中受け取りの場合は前営業日、午後受け取りの場合は当日の午前中）までに FAX 及び電話連絡をお願いします。
- 受け取りに来られる際は、必ず申請書の原本をお持ちください。
- なお、従来のとおり、数日後の受け取りや当組合の棚入れも可能です。
- (FAX番号：0942－81－3316)
- (電話番号：0942－81－3315)

(例) 審査会後の日付の考え方

(1) 平日の場合

4/1(月)	4/2(火)	4/3(水)	4/4(木)	
審査会当日	1営業日後	2営業日後	3営業日後	
			午前	午後
パターン①	①FAX 及び TEL		①情報提供	
パターン②			②FAX 及び TEL	②情報提供

(2) 土日や祝日をはさむ場合

4/1(金)	4/2(土)	4/3(日)	4/4(月)	4/5(火)	4/6(水)
審査会当日			1営業日後	2営業日後	3営業日後
					午前 午後
パターン①	①FAX 及び TEL (TEL は、4/4 以降お願いします)				①情報提供
パターン②					②FAX 及び TEL ②情報提供

※緊急を要する場合等において、急ぎで情報提供を受けたい場合は、事前に電話をお願いします。

- ④居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書 兼 居宅サービス計画作成方法（変更）届出書及び介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書を情報提供申請書の原本と同時に提出予定の場合は、事前の電話連絡の際に、その旨をお伝えください。
- ⑤介護予防支援事業所が、居宅介護支援事業所へ介護予防支援事業を委託しており、情報提供申請を当該居宅介護支援事業所が行う場合は、申請書の委託先事業所名を記載し、記載された委託事業所が資料を取りに来てください。
- ⑥介護保険施設等が情報提供の申請をする際に、当該申請者が契約後初めて申請をする場合は、契約書の署名欄の写しを申請書の原本に添付してください。
- ⑦郵送で申請及び受領を行う場合は、封筒に、情報提供申請書の原本及び身分証明（介護支援専門員証等）の写し、切手を付けた返信用封筒を同封のうえ、鳥栖地区広域市町村圏組合まで郵送してください。

Q&A

Q 利用者がターミナル等のやむを得ない状況の際に、審査会後の認定結果を急ぎで情報提供を受けたい場合は、どうしたらいいか。

A 原則は3営業日後としているが、やむを得ない場合については、特例として利用者がすでに認定結果を確認していれば3営業日前に提供する等柔軟に対応するため、事前に相談してください。

ただし、早くとも審査会の2営業日後からとなります。

申請書記入要領

様式第2号(第5条関係)

要介護認定等に係る情報提供申請書

年 月 日

鳥栖地区広城市町村圏組合
管 理 者 様

次のとおり、要介護認定等に係る情報について、鳥栖地区広城市町村圏組合介護保険要介護認定及び要支援認定の情報提供に係る取扱要綱第5条に基づき申請します。

なお、情報提供を受けた際は、上記取扱要綱第8条の遵守事項を守り、資料を適正に管理します。

居宅介護（介護予防）支援事業者若しくは居宅介護（介護予防）支援事業所の名称を記入してください。

申請事業者(所)名	居宅介護(介護予防)支援事業者(所)等の名称				申請年月日	年 月 日		
申請事業者(所)所在地	〒				年 月 日	年 月 日		
	TEL ()				受取希望年月日	年 月 日		
委託先事業所名					午後4時	午後4時		
被保険者番号	氏 名	生年月日	住 所	開示請求資料(※1)	確認欄(※2)	届出	被保険者証	主治医
		M T S . .		1 2 3	有・無	有・無	有・無	有・無
		M T S .		1 2 3	有・無	有・無	有・無	有・無
		M T S . .		1 2 3	有・無	有・無	有・無	有・無
		M T S . .		1 2 3	有・無	有・無	有・無	有・無

受取希望年月日の枠内の空いたところに、受取希望時間を記載してください

申請年月日：
介護保険課へ申請した年月日を記入してください。
受取希望年月日：
受取希望の日付を記載してください。

※1 依頼する資料の番号に○を付けてください。

- 1 訪問調査及び認定結果情報 2 訪問調査票(特記事項)
3 主治医意見書

※2 この欄には記入しないで下さい。

依頼する資料の番号に○を付けてください。

介護予防支援事業所が、居宅介護支援事業所へ介護予防支援事業を委託しており、情報提供申請を当該居宅介護支援事業所が行う場合は、この欄を必ず記入してください。
委託先事業所が記入されている場合は、記入されている事業所が資料を取りにきてください。