

堺介保第1685号  
令和4年12月12日

関係各位

堺市 健康福祉局 長寿社会部  
介護保険課長

**介護保険 要介護・要支援認定者に関する認定資料の提供依頼書の様式変更  
及び認定資料受領時の本人確認について(お知らせ)**

平素は本市介護保険行政の運営にご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
さて、今般、介護保険 要介護・要支援認定者に関する認定資料の提供に関し、下記のとおり、令和5年1月4日より運用を変更しますので、お知らせいたします。  
ご不明な点は各区地域福祉課介護保険係又は下記問い合わせ先までお問い合わせください。

記

**1 認定資料の提供依頼書の様式変更**

令和5年1月4日から、要介護・要支援認定者に関する認定資料の提供依頼で使用する様式を現行の「資料提供依頼書兼受領書」から、新様式「介護保険 要介護・要支援認定にかかると資料提供依頼書」に変更いたします。

つきましては、令和5年1月4日以降に認定資料の提供を依頼される場合は、新様式を使用いただきますようお願いいたします。介護保険窓口では当面の間、旧様式での提供依頼も受け付けますが、速やかに新様式をご使用いただきますようご協力をお願いします。

新様式は令和5年1月4日以降、堺市ホームページからのダウンロードが可能です。また、各区役所地域福祉課の介護保険窓口においても、同日以降、配架いたします（なお、お渡しは1事業者・施設につき1枚とさせていただきます。）。

**2 認定資料受領時の本人確認について**

今般の依頼書様式の変更に伴い、令和5年1月4日以降、介護保険窓口にて認定資料をお渡しする際、区役所職員より口頭にて、来庁された方が依頼者ご本人であることの確認をさせていただきますので、ご対応をお願いします。

なお、依頼者と同じ事業所・施設に在職（所属）される方が代理で認定資料を受け取られる場合は、代理の方への本人確認に加えて事業所・施設の在職（所属）確認もいたしま

すので、在職（所属）する事業所・施設が確認できるもの（社員（職員）証や名刺等）を区役所職員へご提示ください。

ただし、受領時に依頼者本人分も含め同じ事業所・施設の他の職員が依頼した資料提供をまとめて受け取られる場合は、在職（所属）確認は省略します。

また、認定資料の郵送を希望されるときは、認定資料の提供依頼書と返信先の住所、事業所名及び依頼者名を記載した切手貼付済みの返信用封筒を同封いただきますようお願いいたします。

○各区役所 地域福祉課 介護保険係

区 役 所	住 所	電 話 番 号
堺 区 役 所	堺市堺区南瓦町3-1	228-7520
中 区 役 所	堺市中区深井沢町2470-7	270-8197
東 区 役 所	堺市東区日置荘原寺町195-1	287-8123
西 区 役 所	堺市西区鳳東町6-600	275-1912
南 区 役 所	堺市南区桃山台1-1-1	290-1812
北 区 役 所	堺市北区新金岡町5-1-4	258-6651
美原区役所	堺市美原区黒山167-1	363-9316

<問い合わせ先>

堺市 健康福祉局 長寿社会部  
介護保険課 認定点検係  
担当 廣地（ひろち）・中平  
越川（えちかわ）  
TEL 072-228-7513

介護保険 要介護・要支援認定にかかる資料提供依頼書

堺市長 殿

依頼日：令和 年 月 日

認定資料を窓口で代理の方が受領する場合、  
在職（所属）する事業者・施設を確認できるもの  
（社員証や名刺等）をご提示ください。

依頼者 (担当者)	氏名	(※)  (※)において、依頼者が自署しない場合は、記名押印してください)
	事業者・施設の名称	
	住所（事業者・施設の所在地）	
	電話番号	

私は、下記の被保険者の介護サービス計画または介護予防サービス計画の作成にあたり、要介護・要支援認定にかかる資料の提供を依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、下記の遵守事項を守り、私の責任で適正に管理することを誓約します。  
また、私は、依頼書の記載事業者・施設に在職していることに相違ありません。  
これに違反した場合は、以後の資料提供が受けられなくなることを了承します。

No.	被保険者番号/被保険者氏名	依頼する提供資料	市確認欄
1		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項	届出
		<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人同意
		<input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	医師同意
2		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項	届出
		<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人同意
		<input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	医師同意
3		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項	届出
		<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人同意
		<input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	医師同意
4		<input type="checkbox"/> 審査会調査結果・特記事項	届出
		<input type="checkbox"/> 主治医意見書	本人同意
		<input type="checkbox"/> 認定結果（下記へ確認できない理由を記入） （理由： ）	医師同意

※認定結果の提供に際しては、認定結果を「確認できない理由」を確認します。

遵守事項

1. 秘密保持

提供された情報を、正当な理由なく他に知らせ、又は不当な目的に使用しません。

また、提供された情報の秘密保持及び保護保管については、最善の管理体制をもって厳重に管理します。

2. 目的外の使用

提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用する場合は、本人の同意を得るなど、適法かつ公正な手段によって行います。また、提供された情報を、介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成以外の目的に使用したことによって発生するすべての事象についての責任を負います。

3. 提供された情報の処分

提供された情報は、業務終了後速やかに、かつ適切に処分します。

4. 前3項に違反した場合における情報提供の停止及び損害賠償義務

前3項に違反した場合、情報の提供を停止され、その事実及び経過について公表されても、一切異議申立てしません。また、前3項に違反したことにより、堺市又は第三者に損害を与えたときは、他者の責に帰すべき場合を除き、その損害を賠償する責に任じます。

市 確 認 欄	受付番号	受付者/点検者	交付物の受領者 <input type="checkbox"/> 交付不可	備考
			<input type="checkbox"/> 依頼者 <input type="checkbox"/> 代理人(氏名： ) 代理人： <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 名刺 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 郵送 ( / ) <input type="checkbox"/> 承認 ( / )

※市確認欄には何も記入しないでください。

【令和5年1月改訂】