

要介護認定等に関する個人情報提供の取扱い変更について

「個人情報の保護に関する法律」の規定に基づき、「北アルプス広域連合介護保険の要介護認定等に関する個人情報提供取扱要綱」が見直しとなり、要介護認定等に関する個人情報提供の手続きについて、下記の点が変更となります。（旧要綱は令和6年4月1日付で廃止）

[主な変更点]

① 情報提供にあたり、本人署名が必要となります【重要】

「居宅（介護予防）サービス計画作成届出書」、「入退所連絡票」等により本人との契約関係の確認を行っていますが、令和6年4月以降はこれに加えて、**本人自署による個人情報提供に関する同意確認が必要となります。**なお、本人が署名できない場合には、親族による代筆も可能です。

② 情報提供料は無料になります（※郵送希望の場合は返信用封筒が必要です）

これまで、情報提供1枚あたり10円の情報提供料がかかっていましたが、令和6年4月以降は情報提供料を無料とします。ただし、郵送費用は引き続き申請者負担となります。郵送での情報提供を希望される場合は、**返信用封筒に切手を貼付のうえ、申請書と併せて提出してください。**（切手料金は下記参照）

③ 申請書は「本人・親族用」と「事業所用」別様式になります

事業者が申請する場合は「北アルプス広域連合要介護認定等に関する情報提供申請書（事業者用）」を使用してください。なお、事業者は「介護サービス計画作成」もしくは「介護保険施設の入所判定」以外を目的とした情報提供できません。また、提供後の資料は厳重に管理し、申請した目的以外に使用しないでください。

④ その他

- ・申請書は**必ず両面コピーで印刷**して、提出してください。
- ・情報提供にかかる遵守事項（申請書裏面参照）をお守りください。
- ・認定資料は両面印刷での提供となります。
- ・返信用封筒の切手料金が足りない場合は原則、不足分受取人払いとなります。
- ・主治医意見書を作成した医師が、介護サービス計画作成等に利用されることに「同意しない」と記載している場合は提供できません。
- ・認定日前の申請はできません。

○返信用封筒切手料金（参考）

発行部数	切手料金
1名分	110円（定型50gまで）
2～3名分	180円（定型外100gまで）

※「主治医意見書」のみ希望など、枚数が少ない場合は左表の金額の限りではありません。
※郵便料金の詳細は、郵便局のホームページにてご確認ください。

■お問い合わせ

北アルプス広域連合 介護福祉課 審査係
TEL（係直通） 0261-21-2050

記入例

北アルプス広域連合要介護認定等に関する情報提供申請書（事業者用）

令和 6年 4月 1日

北アルプス広域連合長 様

私は、北アルプス広域連合介護保険の要介護認定等に関する個人情報提供取扱要綱第5条第1項の規定により、次のとおり情報の提供を申請します。なお、情報の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守ることを約します。

申請者	事業所所在地	大町市大町1058番地33												
	事業者・施設名	〇〇居宅介護支援事業所												
	連絡先	電話 0261 - 21 - 2050												
	被保険者との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者（受託事業者を含む） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）												
被保険者	住所	大町市大町〇〇番地△△												
	フリガナ	タイホク ハナコ												
	氏名	大北 花子												
	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	生年月日	明	大
情報提供申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 介護サービス計画作成のため <input type="checkbox"/> 介護保険施設への入所判定のため													
提供情報	認定日	令和 6年 4月 1日											必要書類	<input checked="" type="checkbox"/> 認定資料一式
提供方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input checked="" type="checkbox"/> 写しの交付													<input checked="" type="checkbox"/> ※個別に情報提供を希望する場合は下記□に✓ <input type="checkbox"/> 認定調査票（概況調査・基本調査） <input type="checkbox"/> 認定調査票（特記事項） <input type="checkbox"/> 主治医意見書（主治医の同意がある場合に限る）
写しの受領方法	<input type="checkbox"/> ※郵送希望 <input checked="" type="checkbox"/> 広域事務局での直接受取													

※郵送希望の場合は、返信用封筒（切手を貼付したもの）を添付してください。

【被保険者同意欄】

私は、北アルプス広域連合が保有する上記の資料について、申請者に提供することに同意します。

令和6年 4月 1日

被保険者氏名（署名）

大北 花子

※代筆者氏名

大北 太郎

（続柄 長男）

※被保険者の同意署名は、本人自署によります。自署が困難な場合は、親族等による代筆が可能です。

※情報提供申請書は必ず両面印刷してください。

(裏面)

遵 守 事 項

私は、情報の提供を受けた際は次の遵守事項を守ることを約します。

- 1 私は、提供を受けた情報及び当該情報が表記された資料（以下「資料等」という。）は、被保険者の介護サービスの計画作成及び介護サービスの提供（入所判定を含む）以外の目的に使用しません。
- 2 私は、資料等を本人からの文書による同意を得ることなく本人以外の者に知らせ、若しくは提供しません。
- 3 私は、私の職員その他の従業者又は職員その他の従業者であった者が、上記1及び2の事項を遵守するよう必要な措置を講じます。
- 4 私は、被保険者の同意を得ることなく、資料等を介護サービスの計画作成及び介護サービスの提供（入所判定を含む）以外の目的で複写又は複製しません。
- 5 私は、資料等を厳重に管理し、紛失又は破損しないよう適正な保管に努めるとともに、当該資料を紛失し、又は破損した場合は、直ちに広域連合長に連絡し、その指示に従います。
- 6 私は、資料等を所持する必要がなくなったときは、速やかに当該資料(複写し、又は複製したものを含む。)を廃棄します。
- 7 私は、広域連合長から資料の提示又は提出若しくは返還を求められたときは、速やかにこれに応じます。

【注意事項】

上記の遵守事項に違反した場合は、今後、資料の提供を行わない場合があります。

〈介護保険担当職員 記入欄〉

被保険者との関係確認	
<input type="checkbox"/>	居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出書（ <input type="checkbox"/> 提出済 ・ <input type="checkbox"/> 同時提出）
<input type="checkbox"/>	入所連絡票 <input type="checkbox"/> その他（ ）

	市町村	広 域
担 当 者 印	・ ・	・ ・ 資料提供・申請却下日
		年 月 日