令和　年　月　日

厚生労働省老健局長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（販売元の名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

部署・担当者氏名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

Ｅ-mail

居宅介護支援費Ⅱの算定要件対応システム確認申請書【新規】

本システムは、「ケアプランデータ連携システム」と同等の機能があるシステムであるため、居宅介護支援費Ⅱの算定要件を満たすものとして確認を申請します。

記

１．システム名

・**全て全角で記載すること。（ひらがな･カタカナ・漢字・英字・記号・スペース）**

・**数字１桁は全角、２桁以上の場合は半角で１マスに１桁を記載すること。**

|  |
| --- |
|  |

２．サービス提供地域

|  |
| --- |
|  |

３．ユーザー数（令和７年４月１日時点）

　　　居宅介護支援事業所 事業所

居宅サービス事業所 事業所

４．添付書類（以下の必要書類の添付確認後、必ず□に☑を入れること）

□要件確認チェックシート

□当該システムのカタログ

□ケアプランデータ連携に係る取扱説明書

□要件確認チェックシートの挙証資料