

要介護認定等に係る情報提供 の事前予約の手順マニュアル (令和8年2月改定)

目次

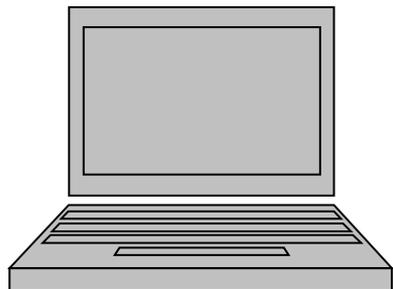
1. 要介護認定等（情報提供）の事前予約の流れ . . . P 3
2. LoGoフォームでの事前予約の方法 . . . P 6

1. 要介護認定等（情報提供） の事前予約の流れ

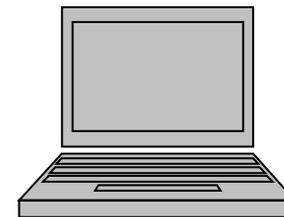
事前予約

【事業所】

【市】



LoGoフォーム
事前予約申請



内容確認
・情報提供書類作成

本庁・支所窓口（後日）

【持参書類】

情報提供依頼

事業所職員で
あることの証明

本人確認書類

+

手数料

申請



受付確認



情報提供書類

交付

※情報提供依頼書の右上に8桁（日付+Q87入力時間）
の番号を記入してください。（P19参照）

交付について

- 要介護認定等の情報提供書類の交付は、認定審査会の2日後の8時45分以降となります

本庁
窓口
受取

【事前予約した分の交付について】

○受付日より2日後（土日祝は除く）の8時45分から交付できます。

谷山
窓口
受取

【事前予約した分の交付について】

○受付日より4日後（土日祝は除く）の午後以降から交付できます。（但し谷山福祉課窓口で申請した場合は受付日より5日後（土日祝は除く）の午後以降となります。）

※資料交付の準備ができた際の御連絡は致しませんので、上記の目安を参考にご来庁ください。

支所
窓口
受取

【事前予約した分の交付について】

※受取窓口を支所に指定した場合は、資料交付の準備が整い次第、電話にて御連絡致します。

2. LoGoフォームでの事前予約の方法

変更点

旧システム

(令和元年12月1日から)

電子申請システムに
直接入力



入力内容を反映させた
予約連絡票(PDF)を印刷

現行システム

(令和8年1月30日から)

LoGoフォームに
直接入力



予約連絡票がなくなるため、
依頼書右上に8桁の番号を
記入してご持参ください
(P19参照)

LoGoフォーム入力の流れ

1. 依頼者の情報入力 . . . P10
2. 被保険者の情報入力 . . . P11
3. 現在の時刻入力 . . . P15
4. 入力内容確認 . . . P16
5. 送信 . . . P18
6. 窓口受け取り . . . P19

◎LoGoフォームURL

✓以下のURLからアクセスをお願いします。

<https://logoform.jp/form/hrtq/1292067>

※鹿児島市のホームページからもアクセス
できます。

1. 依頼者の情報入力

Q1. 事業者・施設名称 **必須**

(1) 事業者・施設名称

Q2. 担当者氏名

(2) 担当者氏名
申請内容の確認ができる方の氏名

Q3. 電話番号

電話番号

電話番号 **必須**

0 / 15

(3) 電話番号
必要時に連絡がとれる電話番号

Q4. 本人との関係 **必須**

- 本人（後見人等を含む）
- 同居の家族
- 本人から委任された者
- 居宅介護支援事業所
- 介護保険施設（地域密着型を含む）
- 特定施設（地域密着型を含む）
- 認知症対応型共同生活介護事業者
- 小規模多機能型居宅介護事業者
- 介護予防支援事業者

(4) 本人との関係
該当するものを選択

Q5. 受取場所 **必須**

受取場所を選んで入力してください。（本庁、谷山、伊敷、東桜島、吉野、吉田、桜島、喜入、松元、郡山） **必須**

(5) 受取場所
本庁または支所名を入力

Q6. メールアドレス **必須**

メールアドレス

メールアドレス **必須**

0 / 128

メールアドレス (確認) **必須**

(6) メールアドレス
申請情報送信後、このメールアドレス
に到達メールが送信されます。

以上 **6** か所を入力してください。

※表示できない漢字は常用漢字やカタカナで入力ください。 10

2. 被保険者の情報入力

◎注意点

1. 被保険者番号を入力しTabキーを押下すると、その対象者の「被保険者氏名」「不要な帳票」「前回分・住宅改修」を選択する画面が展開されます。
2. 帳票は、不要な帳票にチェックを入れる形式です。すべての帳票が必要な場合、チェックの必要はありません。

被保険者 入力欄

被保険者

〈入力時の注意〉

対象者は1人目から順に入力してください。

パソコンで表示できない文字は、常用漢字またはカタカナで入力してください。

対象者の被保険者番号を入力しTabキーを押すと、その対象者の画面が展開されます。

〈帳票〉

※**不要な帳票** にチェックを入れてください。

認定情報・認定調査票・主治医意見書すべて必要な場合はチェックの必要はありません。

・認定情報には基本調査・一次判定結果が含まれます。

・認定調査票には特記事項・概況調査が含まれます。

〈前回分・住宅改修〉

前回分の資料が必要な場合は「前回分」、住宅改修で資料を請求するときは「住宅改修」を選択してください。

被保険者番号

(1人目) ~ (20人目) の
入力欄が出てきます。

Q7. 被保険者番号 (1人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

Q11. 被保険者番号 (2人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

Tabキーを押下すると

- ・ 被保険者氏名
- ・ 不要な帳票
- ・ 前回分・住宅改修

の選択画面が展開されます。

①被保険者番号 (1人目) に番号を入力し、
Tabキーを押下します。

②展開された画面に「被保険者氏名」を入力してください。
「不要な帳票」「前回分・住宅改修」は必要に応じて入力
します。

Q7. 被保険者番号（1人目）

被保険者番号入力後Tabキーを押下

1234567890

Q8. 被保険者氏名（1人目）

鹿児島 太郎

Q9. 不要な帳票（1人目）

不要な帳票にチェックを入れてください。

- 認定情報
- 認定調査票
- 主治医意見書

Q10. 前回分・住宅改修（1人目）

前回分

住宅改修

前回分と住宅改修

※必要のない帳票
にチェックを付け
てください。

「住宅改修」は
包括支援センターの
方のみ必要に応じて
入力してください。

※表示できない漢字は常用漢字やカタカナで入力ください。

被保険者（2～20人目）入力

- ✓ 1人目と同じ要領で必要な人数分の情報を2人目～20人目に入力します。
- ✓ 20名を超える場合は別途申請してください。
- ✓ 全員分の入力が終わったら、画面一番下の「入力時間」を入力してください。

3. 現在の時刻を入力

Q79. 被保険者番号 (19人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

0 / 10

Q83. 被保険者番号 (20人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

0 / 10

時刻は管理番号の一部となりますので安易に5分、10分とせず、必ず端末に表示されている時刻を1分刻みで入力してください。

Q87. 入力時間 **必須**

端末の右下等に表示されている現在の時刻を24時間制で入力してください。 **必須**

1501

あ 15:01
2025/11/21

入力内容の確認①

入力がすべて済んだら確認ボタンを押下し
入力内容の確認を行います。

Q79. 被保険者番号 (19人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

0 / 10

Q83. 被保険者番号 (20人目)

被保険者番号入力後Tabキーを押下

0 / 10

Q87. 入力時間 **必須**

端末の右下等に表示されている現在の時刻を 24時間制で入力してください。 **必須**

1501

4 / 4

→ 確認画面へ進む

🗄️ 入力内容を一時保存する

入力内容確認②

入力フォーム

✓ 入力

2 確認

3 完了

入力内容確認

Q1. 事業者・施設名称

地域包括支援センター 認定

Q2. 担当者氏名

認定 花子

Q3. 電話番号

電話番号 099-216-1278

Q4. 本人との関係

介護予防支援事業者

入力内容に誤りがないか確認してください。

内容確認⇒送信

Q75. 被保険者番号（18人目）

被保険者番号入力後
Tabキーを押下

Q79. 被保険者番号（19人目）

被保険者番号入力後
Tabキーを押下

Q83. 被保険者番号（20人目）

被保険者番号入力後
Tabキーを押下

Q87. 入力時間

端末の右下等に表示されている現在の時刻を
24時間制で入力してください。 1501

内容確認後「送信」ボタン
を押下してください。

← 1つ前の画面に戻る

→ 送信

窓口受け取り

8桁の番号（日付+Q87入力時間）を、
依頼書の右上に記載してご持参ください

例：4月1日15時1分→0401 1501

0401 1501

様式第1（第4条関係）

要介護認定等の情報（資料）提供に係る依頼書（本人同意書）

年 月 日

鹿 児 島 市 長

私は、下記のとおり介護保険の被保険者に係る要介護認定等に関する資料を提供されるよう依頼します。

なお、資料の提供を受けた際は、裏面記載の遵守事項を守り、私の責任で資料を適正に管理することを約します。

依 頼 者	氏 名		本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人（後見人等を含む）
	事業者・施設 名称及び 管理者等氏名			<input type="checkbox"/> 同居の親族（ ）
	住所・所在地 及び電話番号	（ ） -		<input type="checkbox"/> 本人から委任された者 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設（地域密着型を含む） <input type="checkbox"/> 特定施設（地域密着型を含む） <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護事業者 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護事業者 <input type="checkbox"/> 介護予防支援事業者
被 保 険 者	氏 名		被保険者番号	
	生 年 月 日		年 月 日	
	住 所			

Q79. 被保険者番号（19人目）

被保険者番号入力後Tabキーを押下

Q83. 被保険者番号（20人目）

被保険者番号入力後Tabキーを押下

Q87. 入力時間 必須

端末の右下等に表示されている現在の時刻を24時間制で入力してください。 必須

1501

事前申請を取り下げたい場合など
ご不明な点がございましたら

介護保険課 認定係

(099-216-1278)

受付時間：平日8時30分～17時15分

までお電話ください。

あなたとわくわく



マグマシティ
鹿児島市