

## ■ 電子申請による参加申込方法



- ① 「横浜市トップページ」→「事業者向け情報」→「電子申請」をクリックします。
- ② 電子申請・届出システムのトップページが表示されたら、「手続き一覧（事業者向け）」をクリックします。
- ③ キーワード検索欄に「ケアマネジメント」と入力し検索すると、検索結果が表示されるので、『令和6年度横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検申込』をクリックします。

- ④ 参加申込の内容詳細が表示されます。内容を確認いただき【次へ進む】をクリックします。

## 内容詳細

### 令和6年度横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検（第1期）申込

【横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検について】

横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検とは、ケアプランがケアマネジメントのプロセスを踏まえ「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを介護支援専門員とともに検証確認しながら、介護支援専門員の「気づき」を促すとともに「自立支援に資するケアマネジメント」とは何かを追求し、健全なる給付の実施を支援するためのものです。

具体的には、お申込みいただいた介護支援事業所において、日頃介護支援専門員の皆様が作成しているケアプランを提出いただき、「面談方式」により横浜市介護支援専門員協議会の主任ケアマネジャー、横浜市（保険者）と協働点検作業を行います。対話を通して、様々な考えに触れることで悩み等を共有し、新たに「気づき」を得ることを目的としています。介護支援事業所と保険者が力を合わせ、横浜市全体のケアマネジメントの質の向上を図ります。

---

**受付期間**

第1期 令和6年4月1日（月）～令和6年4月30日（火）

---

**留意事項など**

※応募多数の場合、期日前に締切場合があります。  
※以前、実施した事業所の応募も可能ですが、応募状況によって、未実施の事業所を優先する等、希望に添えない場合があります。

---

**関連リンク**

・横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検 [☑](#)

---

**根拠となる法令又は条例等の名称と条項**

介護保険法第115条の45第3項第1号

---

**申請書・資料**

[実施要綱【PDF形式：280.4KB】](#)  
[案内チラシ【PDF形式：275.2KB】](#)

---

**受付開始日**

2024年4月1日 0時00分

---

**受付終了日**

2024年4月30日 0時00分

---

**お問い合わせ先**

健康福祉局高齢健康福祉部介護保険課  
メールによるお問い合わせ：☑  
電話番号：0456714255

---

**次へ進む** >

ウィンドウを閉じる

- ⑤ 入力フォームが表示されるので、必要事項を入力し【次へ進む】をクリックします。

### 申請内容の入力

令和6年度横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検（第1期）申込

事業者名 **必須**

事業者名（フリガナ） **必須**

住所（郵便番号検索） **必須**

郵便番号（ハイフンなし）  
 [住所を検索する](#)

都道府県

市区町村

町名・番地・建物名・部屋番号

電話番号（ハイフンなし） **必須**

メールアドレス（確認入力あり） **必須**

メールアドレス

メールアドレス（確認）

担当者名 **必須**

姓 <input type="text" value="横浜"/>	名 <input type="text" value="花子"/>
--------------------------------------	--------------------------------------

担当者名（フリガナ） **必須**

姓（カタカナ） <input type="text" value="ヨコハマ"/>	名（カタカナ） <input type="text" value="ハナコ"/>
--	---

在籍ケアマネジャー人数 **必須**

 人

面談希望日（第1希望） **必須**

面談希望日（第2希望） **必須**

面談希望日（第3希望） **必須**

参加の有無 **必須**

これまで、事業所として「横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検」に参加したことがありますか？はい/いいえでお答えください。

はい  
 いいえ

今回の面談参加者（参加したことがある場合のみ） **必須**

事業所として参加したことがある場合、今回の面談参加者は、これまで「横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検」に参加したことがありますか？はい/いいえでお答えください。

はい  
 いいえ

[次へ進む](#) >

< [戻る](#)

オンライン方式と対面方式を混せて選択していただく事も可能です。

⑥ 入力内容に誤りがなければ【申請する】をクリックします。

### 申請内容の確認

令和6年度横浜市ケアマネジメントの質向上のためのケアプラン点検（第1期）申込

事業者名  
市役所ケアプランセンター 修正する

事業者名（フリガナ）  
シヤクショケアプランセンター 修正する

住所（郵便番号検索）  
〒231-0005  
神奈川県 横浜市中区 本町6丁目50番地の1 修正する

電話番号（ハイフンなし）  
0456714255 修正する

メールアドレス（確認入力あり）  
kf-kaigokyufu@city.yokohama.jp 修正する

担当者名  
横浜 花子 修正する

担当者名（フリガナ）  
ヨコハマ ハナコ 修正する

在籍ケアマネジャー人数  
2人 修正する

面談希望日（第1希望）  
5月16日（木）午後 オンライン（Zoom）方式 修正する

面談希望日（第2希望）  
5月20日（月）午前 オンライン（Zoom）方式 修正する

面談希望日（第3希望）  
5月24日（金）午前 オンライン（Zoom）方式 修正する

参加の有無  
はい 修正する

今回の面談参加者（参加したことがある場合のみ）  
いいえ 修正する

申請する >

< 戻る

申請します。よろしいですか？

OK キャンセル

⑦ 申請の完了に関する表示を確認できたら、申込は完了となります。



申請受付が完了すると申込番号が表示されます。こちらの番号はお問い合わせの際に必要なになりますので、申込番号を控えるか、このページを印刷してください。