

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定等有効期間合算申出書

令和 年 月 日

(あて先) 大 田 市 長

新型コロナウイルス感染症の拡大防止の観点から認定調査を受けることが困難であるため、下記のとおり認定有効期間の合算(延長)を申し出ます。

被保険者番号			
氏 名			
住 所	連絡先 (—)		
生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女
申出理由	※1または2を○で囲んでください。1の場合は施設名を記入してください。 1. 入所(院)施設において、面会を禁止する等の措置がとられているため (入所(院)施設名:) 2. 本人、同居者、調査立会人等の都合により面会が困難なため		

署名 _____ 代筆者署名 (_____)

代筆者区分: <input type="checkbox"/> 家族(続柄:)、 <input type="checkbox"/> 施設職員、 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員、 <input type="checkbox"/> その他 () ※代筆の場合は、代筆者区分の該当する項目を✓してください。

※本人または家族以外の申出の場合は、本人または家族の同意を得たうえで提出してください。

.....《以下、市記入欄》.....

新型コロナウイルス感染症に係る特例として、上記被保険者の認定有効期間を12ヶ月合算してよろしいか。

受付	処理	交付

課 長	補 佐	係 長	係 員	合 議	保険料担当