

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的取り扱い申出書

(宛 先)

枚 方 市 長

次のとおり、要介護(要支援)認定有効期間を12ヶ月延長することを申し出ます。

		申出年月日		年		月		日		
被 保 険 者	被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏 名					性別	男 ・ 女			
	住 所	〒				電話番号				
	現在の要介護 状態区分等 (更新認定の場合 のみ記入してくだ さい。)	要介護状態区分等	1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援1 要支援2							
		有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで							
現 在 入 所 (入院)している 施設	施 設 名									
	所 在 地	〒				電話番号				

チェック欄☒

確 認 欄	介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置がとられ、当該施設等に入所している事により、要介護認定調査を受けることが困難であること。	☐
	新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止を図る観点から、対象者が対面での調査に不安を訴えている、あるいは調査を拒否する等認定調査を受ける事が困難であること。	☐

<署名欄>

上記の内容及び取り扱いについて 令和 年 月 日被保険者(本人)に説明のうえ、

同意・了解を得ました。

チェック欄☒

- ☐ 家族等
☐ 居宅介護支援事業者
☐ 地域包括支援センター
☐ 介護保険施設
☐ その他 ()

申出者氏名 (本人との関係) _____

事業所名 _____

代表者または管理者氏名 _____