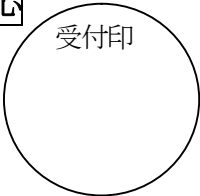


申 出 書 臨時 コロナ対応  
 (更新申請に伴う要介護認定調査が困難であること)



砺波地方介護保険組合 理事長 宛

- ・太枠内を記入してください。
- ・「◆」欄は該当する方のみ記入してください。

次のとおり申出します。

	申請年月日	令和 年 月 日
申出者氏名	被保険者との関係	
申出代行者 所属名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	
申請者住所	〒 <span style="margin-left: 100px;">電話番号</span>	

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 <span style="margin-left: 100px;">電話番号</span> (この欄は、申請者が被保険者本人の場合は記載不要です)		
	◆介護保険施設 に入所している 場合に記入 (短期入所を除く)	入所施設名 所在地 電話番号		
◆更新認定の場 合に記入	前回(現在)の 要介護認定の 結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日		
◆認定調査が困 難な理由	<input type="checkbox"/> 被保険者が感染者または濃厚接触者等で認定調査ができない場合 <input type="checkbox"/> 「主治医意見書」が新型コロナウイルス感染症により入手が困難なため、認定調査ができない場合 <input type="checkbox"/> 認定調査に家族の同意を得られない <input type="checkbox"/> その他 ( )			

**備 考**

介護度 有効認定期間を12か月延長することに同意する旨の確認 了解済 (必ず説明し、○で囲む)  
 コロナ延長の同意が得られた日時及び相手の氏名、続柄などを記録する。  
 (令和 年 月 日 氏名 続柄 )  
 旧被保険者証の処分方法 市役所へ提出する・自分で処分する (どちらかを○で囲む)  
 説明日時 月 日 時 説明者所属 ( ) 説明者氏名 ( )  
 電話番号 ( )  
 その他 ( )  
 注意事項 ・主治医意見書は不要 ・資料提供はできません ・新しい保険証は、有効月の月末頃郵送されます

事務局長	業務課長	合 議	担 当

(システムの入力には組合で行います 提出 問い合わせ先: 砺波地方介護保険組合コロナ申請担当)