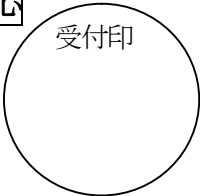


申 出 書 臨時 コロナ対応
 (更新申請に伴う要介護認定調査が困難であること)



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) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div>	
申請者住所	〒 _____ <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">電話番号</div>	

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			性 別
	氏 名			男 ・ 女
	住 所	〒 _____		生年月日
				明・大・昭 年 月 日
	(この欄は、申請者が被保険者本人の場合は記載不要です)			
		電話番号		
	◆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"/> 認定調査が家族の同意を得られない場合		

備 考	(有効認定期間を12ヶ月延長することに同意する旨の確認) 了解 済 電話等で相談があった場合は、電話によることを明記すること。	
※(旧被保険者証の処分方法 市役所へ提出(未・済)、自分で処分する) ※(12か月延長の同意が得られた経緯や日時及び相手の氏名、続柄などを記録する。) 受付日時 月 日 時 分 受付場所 () 市役所・市民センター 担当者 ()		

事務局長	業務課長	合 議		担 当

(システムの入力は組合で行います)