

新型コロナウイルス感染症に係る 要介護・要支援認定の臨時的取り扱いに関する申請書

美 深 町 長 様

次のおり申請します。

申請年月日 令和 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																				
	前回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				
	過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等への名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日			
		介護保険施設等への名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日			
		医療機関等への名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日			
医療機関等への名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日					
有・無											期間	年	月	日	～	年	月	日				
申請理由	<input type="checkbox"/> 施設が認定調査員の面会を禁止しているため（施設名： _____） <input type="checkbox"/> 在宅での認定調査員との面会が困難なため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																					

提 出 代 行 者	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）																	
	住 所	〒 _____																	
		電話番号																	

上記のとおり有効期間が満了する要介護・要支援認定について新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止を図る観点から現在入所（入居）している施設での面会が禁止されているため（在宅での面会が困難な場合も含む）認定期間の12ヶ月延長を希望します。

また、介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる前回調査内容、前回介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、美深町から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 _____

代筆者 _____

（本人との関係 _____）