

介護保険 要介護・要支援認定 有効期間の延長申出書

受付印

飯塚市長 様

申請年月日

年 月 日

申出者氏名		本人との関係	
申出者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
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 ・指定介護療養型施設・介護医療院)		担当

被 保 険 者	被保険者番号					生年月日	年 月 日 (歳)
	フリガナ					性別	男 ・ 女
	氏 名						
	住 所	〒 _____ 電話番号 () - _____					
	前回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	
	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く)	有	入院・入所施設名 _____				所在地 _____
無		介護保険施設以外の入院・入所施設名 _____				所在地 _____	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	
特定疾病名	

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面会が困難なため、要介護・要支援認定の有効期間の延長を申出ます。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____

(本人との関係 _____)

丁			
課 長	課長補佐	係 長	係

身元確認 <input type="checkbox"/> 本人:○ <input type="checkbox"/> 代理人:△	1点:免 パ 障 住B 個 ケ その他() 2点:保 年 証 住A 学 医 その他()
---	--

受付者	
-----	--

申請→ 有(取下済) 無
意見書作成→ 未 済

本書のとおり介護認定有効期間を12ヵ月合算してよいでしょうか