

要介護・要支援認定有効期間の合算申出書

魚津市長

あて

新型コロナウイルス感染症対策のため要介護・要支援認定の更新申請に必要な認定調査が困難であることから、従来の要介護・要支援認定及び認定有効期間に市が定める期間を合算することを申し出ます。

また、保険者（魚津市）が入所施設や入院先の医療機関等へ要介護・要支援認定に係る調査の可否等について照会することに同意します。

被 保 者	申請年月日	年	月	日																
	被保険者番号										個人番号									
	フリガナ						生年月日	年	月	日										
	氏名	⑩					性別	男・女												
	住所	〒																		
	連絡先	— —																		
	施設入所・入院等の有無 〔該当するほうに○〕	在宅 入院(入所)中 施設・医療機関名称																		
	前回(現在)の要介護認定の状態	要介護状態区分					1	2	3	4	5									
		要支援状態区分					1	2												
		認定有効期間					年 月 日から					年 月 日まで								

《申請代行者》

※地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設等が代行して申請する場合は必ず記入してください。

該当に○	地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、 指定介護老人福祉施設、指定介護老人保健施設、介護医療院、その他()
所属名称	⑩
連絡先	(電話番号: — — , 担当者:)