

記載例


申請日、申請する方の被保険者番号、氏名、生年月日、性別、住所、連絡先を記入し、氏名の横に押印（認印）をしてください。
 ※個人番号はわからなかった場合は記入していただかなくても結構です。

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。

申請年月日	令和2年 4 月 20 日	
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号
フリガナ	ウオツ イチロウ	生年月日
氏名	魚津 一郎 	性別
住所	〒937-0067 魚津市釈迦堂一丁目〇〇番××号 〇〇〇マンション 201号室	
連絡先	*** - *** - ****	
施設入所・入院等の有無 〔該当するほうに〇〕	在宅 入院(入所)中 施設・医療機関名称 △△総合病院	施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等)に入所中、または医療機関に入院中の場合は、「入院(入所)中」に〇をして、入院(入所)している施設の名称をご記入ください。 それ以外の場合は「在宅」に〇をつけてください。
前回(現在)の要介護認定の状態	要介護状態区分 1 2 3 要支援状態区分 1 2 認定有効期間 年 月	

《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。

該当に〇	地域包括支援センター、 <u>指定居宅介護支援事業所</u> 、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	☆☆☆☆居宅介護支援事業所 
連絡先	(電話番号: 0765 - ** - ****, 担当者: ◆◆◆◆◆)

居宅介護支援事業所等で代行申請される場合は、事業所でこの欄を記入し、事業所印を押印してください。