介護保険　要介護・要支援認定有効期間延長申請書

杵藤地区広域市町村圏組合管理者　様

新型コロナウイルス感染症の拡大防止のため、面会が困難で、認定調査を受けることができませんので、現在の介護度での認定有効期間の１２ヶ月延長を申請します。

被保険者情報	被保険者番号										申請年月日	令和　　年　　月　　日
	フ リ ガ ナ										生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和
	氏　　名									印		
											性　　別	男　・　女
	住　　所	〒　　電話番号（　　－　　－　　）										
	入所・入院中の施設・病院名											
	施設等所在地											

この申請書の記載を代筆された場合は以下の事項も記載してください。			
代筆者氏名	印	被保険者との関係	

被保険者以外の提出の場合は必ず記入してください（被保険者本人の提出の場合は記入不要）

提出者	該当に〇をつける	1．家族など（被保険者との関係：　　） 2．地域包括支援センター　　3．居宅介護支援事業所 4．特別養護老人ホーム　5．老人保健施設　6．介護療養型医療施設　7．介護医療院 8．その他（　　）
	提出者名もしくは事業者名	印
	住　　所	〒　　電話番号（　　－　　－　　）

被保険者証は後日、杵藤地区介護保険事務所より郵送いたします。

市町村役場記入欄

確認項目	更新申請中であることの確認	備考	受付担当者氏名
確認印を押印してください			