新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定等有効期間延長の申出理由書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

広島市　　　　区長

新型コロナウイルス感染症の影響から、要介護認定・要支援認定に係る更新申請を行えない理由は以下のとおりです。このため、従来の介護度で有効期間を１２か月（要介護１で前回の有効期間が６か月の場合は６か月）延長することを申し出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申出者 | 氏　　名 |  | | | | | | | | 本人との関係： | | | | |
| 事業所名称  （本人・家族は記入不要） |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所  （本人は記入不要） | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号  （本人は記入不要） | （　　　　　　―　　　　　　―　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 同意の確認 | * 本人・家族に有効期間を延長することについて、同意を得ました。 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　―　　　　　　―　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 現　在　の  要介護認定 | 状態区分  （〇で囲んでください） | 要支援（ １ ・ ２ ）、要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ） | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 更新申請を  行えない理由  ※特段の事情を記入 | （１）施設入所者・入院患者 | | | 入所・入院先 | | |  | | | | | | | |
| □　施設が面会禁止かつ認定調査を実施できる認定調査員が施設内にいない  □　入院中で面会禁止かつオンラインによる認定調査が実施できない  　□　施設内で新型コロナウイルス感染症のクラスターが発生している等、有効期間の終了日までに認定調査が実施できない  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| （２）その他 | | | | | | | | | | | | | |
| （注）例えば、新型コロナウイルス感染症患者又は濃厚接触者になる等、一定期間面会ができない状況でも、  有効期間の終了日までに認定調査が実施できる場合は、「更新申請が行えない場合」には当たりません。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

※　新規申請・区分変更申請については、臨時的な取扱いの対象にはなりません。

※　本申出書は本人（ご家族）に同意を得た上で提出してください。

※　更新申請書及び被保険者証の原本の提出は不要です。