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同意書

令和　　年 　月　 日

(あて先)精華町長

令和２年４月７日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡に基づき、認定有効

期間　　　か月の合算(延長)することに同意し、申し出ます。

本人氏名　　　　　　　　　　　（申請者　　　　　　　　　）続柄（　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 申請区分 | １．本人　２．家族　３．その他 | | | | | | | | | | |
| 氏名  （本人は記入不要） |  | | | | | | | | 続柄 | | |
| 住所  （本人は記入不要） | 〒 | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | 印  （事業所のみ） | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | |

申出理由（該当するものに○をつけてください）

１．入所または入院している施設において面会禁止の措置がとられているため

(施設または病院名：　　　　　　　　　　　)

２．本人・家族等の状況により、面会が困難なため

３．上記１．２以外で、新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止のため