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

最長１２カ月

※12か月未満の場合、理由を聞き取りさせていただきます。

期間　１２　か月の合算(延長)することに同意し、申し出ます。

本人氏名　精華　花子　　　　　　　　（申請者　精華　太郎　　）続柄（　　**子**　　　　）

いずれかに〇

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  申請区分が  ②家族③その他の場合に記載 | 申請区分 | １．本人　．家族　３．その他 | | | | | | | | | | |
| 氏名  （本人は記入不要） | 精華　太郎 | | | | | | | | 続柄  　　　子 | | |
| 住所  （本人は記入不要） | 〒〇〇〇—〇〇〇  精華町〇〇〇〇  申請者（ケアマネ）印で可  ※ケアマネージャーが記載する時のみ | | | | | | | | | | |
| 事業所名称 |  | | | | | | | | 印  （事業所のみ）  番号を記入 | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | ０ | １ | ２ | ３ | | ４ | ５ |
| 氏名 | 精華　　花子 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒〇〇〇—〇〇〇  精華町〇〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和２年　　　　３月　　　　４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