

新型コロナウイルス感染症に係る要介護（要支援）認定有効期間合算申出書

令和 年 月 日

松 田 町 長

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、下記のとおり、要介護（要支援）認定有効期間の合算を申し出ます。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																		
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号																		
		被保険者証	記号											番号											枝番						
	フリガナ																														
	氏 名																														
	生年月日		大正・昭和		年	月	日	() 歳																							
	住 所		〒																		—		電話番号								
現 在 の 要 介 護 認 定	介 護 度		要支援（1・2）										要介護（1・2・3・4・5）																		
	有効期間		平成		年	月	日	～	令和	年	月	日																			
入所施設名 入院医療機関名																															

(申請者情報)

上記被保険者以外の者が申出する場合は記入してください。本人の場合は不要です。

申 請 者	申請者区分		家族 ・ その他																													
	住 所 (本人は記入不要)		〒																		—		電話番号									
	氏 名 (本人は記入不要)																		続柄：													
	事業所名称 (本人・家族は記入不要)																															

※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該当しません。

※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。