

申出書（医療機関入院中）

松原市高齢介護課長 殿

私は、下記の項目に該当し、取り扱いについて承諾いたしますので、新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的取扱いの対象としていただきますよう申出ます。

- 現在入院中の医療機関が、新型コロナウイルス感染症対策で面会禁止のため、調査の実施が困難です。
 - 現在の有効期間が満了となるまでに、退院の予定はありません。
 - 要介護等認定の更新申請者です。
 - 要介護等認定期間を12か月延長することに承諾します。
 - 要介護等状態区分を現行の要介護度の区分と変更がないことに承諾します。
- （□上記のすべてに該当する必要があります。）

（届出日）令和 年 月 日

| | | | |
|-----------|-----------|--|--------------------|
| 被保険者（申出人） | 被保険者番号 | | 現在の介護度（ ） |
| | 氏名 | | 有効期限 令和 年 月 日まで |
| | 生年月日 | | |
| | 住所 | | |
| | 電話番号 | | |
| | 入院中の医療機関名 | | |
| | 入院年月日 | | |

| | | |
|------------|---------------------------|------------------|
| 代理人または、代行者 | 氏名 | |
| | 申出人との続柄 | |
| | 連絡先 | |
| | 居宅介護支援事業所（代行者が介護支援専門員の場合） | 名称 所在地 連絡先 |