（別紙）

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合算申出書

令和 年 月 日

（あて先）中之条町長　様

令和２年２月１８日及び令和２年４月７日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」に基づき、下記のとおり、認定有効期間の合算を申し出ます。

（被保険者情報）※更新申請が未申請の場合は被保険者証を添付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申　請  有　無 | * 更新申請中 * 未申請（※）   （　　　月末切れ） |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　－  群馬県吾妻郡中之条町大字  連絡先（　　　　　－　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 大正・昭和　　年  月　　　日 | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 有効期間 | 平成 ・ 令和　　年　　　月　　　日から  令和　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | |
| 入所施設名  入院医療機関名 |  | | | | | | | | | | | |

（申出者情報）

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申出者名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒　　　－  連絡先（　　　　　－　　　　－　　　　　　　） | | |

････････････････････････････以下、中之条町記入欄････････････････････････････

新型コロナウイルス感染症に係る特例として、上記被保険者の認定有効期間を合算してよろしいでしょうか。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 次　長 | 係　長 | 担当者 | 受付印 |
|  |  |  |  |  |