

## 福井市要介護（要支援）認定有効期間延長申請書

(ふりがな) 氏 名	
被保険者番号	
生年月日	年 月 日
電話番号	
申請理由 該当するところに☑	新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、 <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等が入所者等との面会を禁止する措置をとっているため 施設・病院名 ( )  <input type="checkbox"/> 居宅での面会ができないため 理由 ( )
延長を受けようとする認定有効期間	(現在の認定有効期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 を 12 か月延長
福井市長 あて  上記のとおり、要介護（要支援）認定の有効期間の延長を申請します。  令和 年 月 日  申請者住所  申請者氏名  申請者連絡先（日中連絡が取れる電話番号） ( )	

※本申請書を事業所等が提出する場合は、本人・ご家族に同意を得た上で、提出してください。