

事 務 連 絡
令和 2 年 4 月 7 日

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

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（その 4）

「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」（令和 2 年 2 月 18 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）において、介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置がとられることにより、当該施設等に入所している被保険者への認定調査が困難な場合、当該被保険者の要介護認定及び要支援認定の有効期間については、従来の期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることをお示したところ
です。

今般、当該被保険者以外の全ての被保険者について、新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止を図る観点から面会が困難な場合においては、要介護認定及び要支援認定の有効期間を、従来の期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることとします。

については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係

担当者：鶴澤、島田

T E L 03-5253-1111（内線 3944, 3945）

F A X 03-3595-4010

電子メール roukenkanintei@mhlw.go.jp

新型コロナウイルス感染症に伴う要介護（要支援）認定有効期間の延長申出書

令和 年 月 日

（宛先）長野市長

新型コロナウイルス感染症対応に伴い、要介護（要支援）認定調査又は被保険者との面会が困難であることから、認定有効期間を6ヶ月間延長することを申し出ます。

1 被保険者情報

被保険者番号		氏名		生年月日	M・T・S . .
--------	--	----	--	------	-----------

2 認定有効期間を延長する理由 ※①または②のいずれかに☑してください。

<input type="checkbox"/> ①施設等の面会禁止措置等に伴い、要介護（要支援）認定の調査を受けることができない場合 ・施設又は医療機関名： ・面会禁止措置期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日 まで（予定・未定）
<input type="checkbox"/> ②新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止のため、被保険者との面会が困難な場合 ・面会が困難な理由：

3 申出者情報及び認定有効期間の延長の同意又は連絡

氏名		被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族（ ） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
・申出者がケアマネジャーの場合 ⇒本人又は家族等の同意 ・申出者が本人又は家族の場合 ⇒ケアマネジャーへの連絡 ※現在サービス利用がなくケアマネジャーがいない方は、記入不要です。			<input type="checkbox"/> 済 相手方（ ）

市処理欄

窓口扱い FAX扱い 電話扱い 調査時

対応者：_____

受付印

認定有効期間満了日	調査票回収	主治医意見書	システム入力	備考

延長を希望する場合は、更新申請書と併せて提出してください。

申出書の記入例

新型コロナウイルス感染症に伴う要介護（要支援）認定有効期間の延長申出書

令和 2年 4月 20日

(宛先) 長野市長

新型コロナウイルス感染症対応に伴い、要介護（要支援）認定調査又は被保険者との面会が困難であることから、認定有効期間を6ヶ月間延長することを申し出ます。

1 被保険者情報

被保険者番号	0000123456	氏名	介護 太郎	生年月日	M・T・S10. 10. 10
--------	------------	----	-------	------	-----------------

2 認定有効期間を延長する理由 ※①または②のいずれかに☑してください。

①施設等の面会禁止措置等に伴い、要介護（要支援）認定の調査を受けることができない場合

・施設又は医療機関名： 例) **〇〇病院**

・面会禁止措置期間：令和 2年 3月 1日 ~ 令和 月 日 まで (予定・未定)

②新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止のため、被保険者との面会が困難な場合

・面会が困難な理由：例) **感染予防のため 家族の立ち合いができないため** など

延長を申し出た方の氏名と、被保険者との関係を該当する項目に☑してください。

3 申出者情報

氏名	介護 五郎	被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人・ <input checked="" type="checkbox"/> 家族（子） <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
・申出者がケアマネジャーの場合 ⇒本人又は家族等の同意 ・申出者が本人又は家族の場合 ⇒ケアマネジャーへの連絡 ※現在サービス利用がなくケアマネジャーがいない方は、記入不要です。			<input checked="" type="checkbox"/> 済 相手方（ 〇〇ケアマネジャー ）

- ・申出者がケアマネジャーの場合は、本人又は家族に延長の同意を得て、☑をしてください。相手方には、同意を得た本人または家族の氏名を記入してください。
- ・申出者が本人又は家族の場合は、ケアマネジャーに延長することを連絡し、☑をしてください。相手方には、連絡をした担当ケアマネジャーを記入してください。

受付印

対応者： _____

認定有効期間満了日	調査票回収	主治医意見書	システム入力	備考

延長を希望する場合は、更新申請書と併せて提出してください。