**～下記について記載し、介護認定更新申請書に添付してください～**

令和　　年　　月　　日

被保険者氏名：

新型コロナウイルス感染症拡大防止の観点から、認定調査時にはマスクの着用にご協力ください。

また、体調が優れない場合には調査を延期させていただきますので、下記問い合わせ先までご連絡ください。

**◎認定調査について**

（１）愛別町の認定調査員が訪問により実施しますが、ご家族で調査に同席される方は

いますか。どちらかに〇印をつけてください。

①同席する人はいない

②同席を希望する　　同席者氏名：　　　　　　　　　　　　続柄

（２）認定調査日は、どなたと調整を行えばよいでしょうか。

　　　どちらかに〇印をつけてください。

　　　①被保険者本人

　　　②被保険者以外　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄

　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号：

＊介護保険被保険者証は、被保険者の住民票上の住所地（住民登録地）へ送付いたします。しかし、やむを得ないご事情がある場合につきましては、手続きをすることで住民登録地以外へ送付することも可能です。希望される方は下記問い合わせ先までご連絡ください。

　なお、上記手続きを行った場合、介護保険制度に関するすべての書類が、今後手続き先のご住所へ送付されますことをご了承ください。

【問い合わせ先】

愛別町保健福祉課介護保険係　　　電話（01658）6-5111　内線132