

委任状

年 月 日

(宛先) 下市町長

(委任者)

住 所 _____

被保険者氏名 _____

生 年 月 日 _____ 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電 話 番 号 _____

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄(_____)

電 話 番 号 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記介護保険の申請に関する一切の権限を委任します。

委任事項 (委任する申請に☑をつけてください。)

- 介護保険 要介護 (要支援) 認定申請 (新規・更新・変更・転入)
- 介護保険 被保険者証等再交付申請
- 介護保険 負担限度額認定申請
- 介護保険 高額介護 (介護予防) サービス費支給申請
- 居宅介護サービス計画作成依頼 (変更) 届出
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出
- その他 (_____)

《お願い》

※ 窓口で、代理人の本人確認をさせていただきます。本人確認書類お持ちください。

- 顔写真付きの証明書の場合 (1種類) ○ 個人番号カード・運転免許証・パスポート・介護支援専門員証 等
- 顔写真なしの証明書の場合 (2種類) ○ 公的医療保険被保険者証・年金手帳・年金証書
介護保険被保険者証・介護保険負担割合証 等