

介護保険手続きに係る委任状

(あて先) 塩竈市長

年 月 日

【代理人】(受任者: 窓口に来る方、代理で郵送手続きする方)

代理人氏名 (被保険者
との関係)

代理人住所

代理人電話番号

※ 代理人が介護事業所職員等の場合は、職員氏名・事業所所在地・事業所名称をご記入ください。
※ 代理人の身分証明を確認します。郵送手続きの際は身分証明書の写しを添付してください。
(免許証、介護支援専門員証 等)

私は上記の者を代理人と定め、介護保険手続きに係る権限を委任します

【委任事項】委任する事項に☑をつけてください。

- 介護保険 要介護・要支援認定(新規、更新、変更)申請
- 介護保険 要介護・要支援認定申請取下げ申出書
- 介護保険 被保険者証再交付(申請・受取り)
- 介護保険 負担割合証再交付(申請・受取り)
- 介護保険 負担限度額認定申請
- 介護保険 負担限度額認定証再交付(申請・受取り)
- 介護保険 送付先住所(設定・変更・解除)申出
- その他 ()

【委任者】(被保険者本人)

被保険者氏名

印

被保険者住所

※ 委任者の被保険者氏名欄は、被保険者本人の自署であれば押印不要です。

【代筆者】

代筆者氏名

(被保険者
との関係)

※ 被保険者本人が委任行為を行うことができない場合は、【委任者】欄と併せて記載してください。