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）

被保険者

との関係

代理人氏名

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。

１．□ 介護保険 要介護・要支援認定（新規、更新、変更）申請

２．□ 介護保険 要介護・要支援認定申請取下げ申出書

３．□ 介護保険 被保険者証再交付（申請・受取り）

４．□ 介護保険 負担割合証再交付（申請・受取り）

５．□ 介護保険 負担限度額認定申請

６．□ 介護保険 負担限度額認定証再交付（申請・受取り）

７．□ 介護保険 送付先住所（設定・変更・解除）申出

８．□ 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。

被保険者

との関係

【代筆者】

代筆者氏名

※ 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。