

# 委 任 状

柏 崎 市 長

私（委任者）は、次の行為について下記の者を代理人（受任者）として委任します。

〈委任する行為〉※該当する項目に必ずチェックをしてください

- 介護保険被保険者証再交付の申請及び再交付被保険者証の受領
- 介護保険負担割合証再交付の申請及び再交付負担割合証の受領
- 介護保険負担限度額認定証再交付の申請及び再交付負担限度額認定証の受領
- 介護保険関連通知等送付先申請書の提出

上記について署名のうえ、届け出ます。

年 月 日

【委任者】

住 所：〒

氏 名：\_\_\_\_\_ 生年月日：\_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号：\_\_\_\_\_

【受任者】

住 所：〒

介護保険事業所名（※1）：\_\_\_\_\_

氏 名（※2）：\_\_\_\_\_ 生年月日（※2）：\_\_\_\_\_ 年 月 日

委任者との続柄（※3）：\_\_\_\_\_

電話番号：\_\_\_\_\_

※1 の欄は介護保険事業者である場合のみ記入 ※2 の欄は介護保険事業者である場合、来庁者を記入

※3 の欄は介護保険事業者である場合、記入不要

- ・委任状は本人（委任者）が全て記入してください。本人が記入できない場合は、余白に代書した理由と代書した方の氏名を記入してください。
- ・代理人（受任者）の方は、運転免許証など代理人自身の本人確認ができるものをお持ちください。（なりすまし防止のため、代理人の本人確認を行います。）
- ・委任状に不備がある場合、または代理人の本人確認ができない場合は、手続きができません。