

※申請者が、同世帯ではない方(同じ住所でも住民票が別の方も含む)の場合は、下記の委任状にご記入ください。

委 任 状

私(被保険者)は、下記の者を私の代理人と定め、介護保険負担限度額認定証の再交付に関する権限について、次のとおり委任します。

記

1または2に○をつけてください(窓口での○つけ不可)



|                                                                                              |   |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>委任する権限の番号<br/><u>どちらかに必ず○を</u><br/>つけてください</div> <div>《注意》<br/>提出時に○のないも<br/>のは無効</div> | 1 | 『申請』及び『再交付する証明書を受領』する権限                                                                   |
|                                                                                              | 2 | 『申請』する権限<br><br>※なお、再交付する証明書は、私（被保険者）の住民登録地（高齢者支援室介護保険担当に送付先変更の届出をしている場合は、その送付先）へ送付してください |

|               |    |               |
|---------------|----|---------------|
| 委任者<br>(被保険者) | 氏名 | <div></div> 印 |
|               | 住所 | <div></div>   |

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| 代理人<br>(申請者) | 氏名 | <div></div> |
|              | 住所 | <div></div> |

|     |                             |
|-----|-----------------------------|
| 記入日 | 年            月            日 |
|-----|-----------------------------|