年　　月　　日

委　任　状（介護保険課用）

赤磐市長　様

　１（被保険者）

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署）

　　　生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日

　　 連絡先

私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

２（代理人）

　　　住所

　　　氏名

生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日

被保険者との関係

　３被保険者欄を代筆した場合

本人は障害・疾病・負傷等のため自署できないので、本人の意思を確認のうえ、代筆しました。

（代筆者）

住所

　　　氏名

被保険者との関係

記

　　赤磐市へ提出する

　　□　介護保険要介護等認定（新規・更新・変更）

　　□　被保険者証・負担限度額認定証・負担割合証の交付・再交付

　　□　居宅（介護予防）ｻｰﾋﾞｽ計画作成依頼・介護予防ｹｱﾏﾈｼﾞﾒﾝﾄ依頼（変更）届出

　　□　介護保険負担限度額認定

□　高額介護（予防）サービス費・高額介護予防サービス費相当事業費

□　介護保険料の還付

□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　の【 申請 ・ 受領 】に関する一切の権限

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者確認欄 | １点 | □ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ　□運転免許証　□障害者手帳　□パスポート　□その他 |
| ２点 | □被保険者証　□負担割合証　□年金手帳　□健康保険証　□通帳　□その他 |