**委 　　任　　 状**

年　　　月　　　日

大村市長　様

本　人　住　　　　所

被保険者番号

氏　　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名又は記名押印してください。

私は、下記代理人に介護保険に関する下記の事項を委任します。

代理人　郵便番号

住　　　　所

事 業 者 名

氏　　　　名

電 話 番 号　 （ ）

記

委任事項（番号に○印をつけてください。）

１　要介護（要支援）認定申請（新規・更新・変更・転入）の提出

２　被保険者証等再交付申請

３　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請

４　居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請

５　高額介護（介護予防）サービス費支給申請

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

７　介護保険料納付証明書の交付申請及び受領

８　介護保険負担限度額認定申請

９　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 代理人であることを確認できる書類 | □個人番号カード　□運転経歴証明書　□運転免許証　□旅券  □身体障害者手帳　□精神障害者保健福祉手帳　□療育手帳  □在留カード　□特別永住者証明書  □官公署発行の写真表示書類等（　　　　　　　　　　　　　　　）  ２つ以上が必要なもの  □公的医療保険の被保険者証　□年金手帳　□児童扶養手当証書  □特別児童扶養手当証書　□その他（　　　　　　　　　　　　　） |