

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）サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公署発行の写真表示書類等（ ） 2つ以上が必要なもの <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------------------	--