

# 委任状

五戸町長 様

令和 年 月 日

※太枠内を記入してください。

|                   |                           |   |      |                   |
|-------------------|---------------------------|---|------|-------------------|
| (被保険者本人)<br>委任する人 | 住 所                       |   |      |                   |
|                   | 氏 名                       | 印 | 生年月日 | 大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
|                   | 私は次の者を代理人と定め、下記の事項を委任します。 |   |      |                   |
| (申請者)<br>代理人      | 住 所                       |   |      |                   |
|                   | 氏 名                       |   | 生年月日 | 大正・昭和・平成<br>年 月 日 |
| 委任事項              | 介護保険負担限度額認定申請 に関すること。     |   |      |                   |

※ なお、代理人の身元確認のため、下記の書類の写しを添付してください。

○居宅介護支援専門員等の事業者が代理人の場合・・・ 資格証又は職員証など

○それ以外の関係者が代理人の場合・・・・・・・・・・ 運転免許証など