

# 委任状

令和 年 月 日

委任者 (被保険者)	住所			
	氏名			
	生年月日 (明治・大正・昭和)	年	月	日
	電話番号	( )		

私は、つぎの者を代理人と定め、下記の介護保険申請手続きに関する権限を委任します。

代理人 (申請者)	住所		
	(事業所名) 介護保険事業者・施設の場合		
	氏名		
	生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	年	月
電話番号	( )		

介護保険申請手続き (委任する申請手続きに  をして下さい)

- 介護保険 (要介護・要支援) 認定申請書 (新規・更新・認定区分変更)
- 介護保険 被保険者証等再交付申請書
- 居宅サービス計画作成依頼 (変更) 届出書
- 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) 届出書
- 介護保険居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書
- 介護保険居宅介護 (介護予防) 住宅改修支給申請書
- 介護保険 高額介護 (予防) サービス費支給申請書
- 介護保険負担限度額認定申請書
- 介護保険基準収入額適用申請書
- 介護保険料減免・徴収猶予申請書
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

※上記以外の届出書・申請書の場合は、空欄にご記入ください。

※窓口では委任する方の個人番号 (マイナンバー) の提示及び代理人の本人確認書類の提示が必要です。