

# 委任状

令和 年 月 日

委任者  
(被保険者)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
(明治・大正・昭和)

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 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
(明治・大正・昭和・平成)

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。