

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	日
	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
- ☒ 介護保険送付先変更（新規・変更・取消）届
- ☐ _____

※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。