**委 任 状**

名寄市長　殿

**代理人**

住所

氏名

生年月日　　明治・大正・昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日

私は上記の者を代理人として、

・介護保険要介護・要支援認定申請

・介護保険負担限度額認定申請

・介護保険被保険者証再交付申請

・

に関する一切の権限を委任します。

　　　　年　　　　月　　　　日

**委任者（被保険者）**

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

生年月日　　明治・大正・昭和　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）

<お願い>

　※窓口で、代理人の身元確認をさせていただきます。身元確認資料をお持ちください。

（１点提示で良いもの）　　個人番号カード、運転免許証、旅券（パスポート）、介護支援専門員証　等

　　　　または

（２点提示が必要なもの）　健康保険の被保険者証、年金手帳、介護保険被保険者証、

介護保険負担割合証　　等