

# 介護保険被保険者証等再交付手続きに関する委任状

粕屋町長 様

私は、次の者を代理人と定め、下記事項について所定の権限を委任します。

(代理人)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

**【委任事項】** (該当する数字を○で囲んでください。)

1. 介護保険被保険者証の再交付手続き及び受領に関する事
2. 介護保険負担割合証の再交付手続き及び受領に関する事
3. 介護保険負担限度額認定証の再交付手続き及び受領に関する事
4. その他 ( \_\_\_\_\_ )

年 月 日

(委任者)

住 所 \_\_\_\_\_

※委任者による自筆署名の場合、押印不要

氏 名 \_\_\_\_\_ ㊟

生年月日 明・大・昭 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

(代筆者)

氏 名 \_\_\_\_\_

代筆理由 \_\_\_\_\_

※注意事項

代理人の本人確認書類 (運転免許証、健康保険証等) をお持ち下さい。