

# 委任状

年 月 日

(委任者)

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_ ㊟

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

電話番号：( ) \_\_\_\_\_

※委任者欄は必ず本人が署名、捺印してください。

私は、下記の者を代理人と定め、以下の申請等に関する権限を委任します。

1. 介護保険要介護認定・要支援認定申請 要介護更新認定・要支援更新認定申請
2. 介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請
3. 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼（変更）届出
4. 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
5. 介護保険被保険者証等再交付申請
6. 介護保険負担限度額認定申請
7. 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請
8. 高額医療合算介護（予防）サービス費支給申請
9. 介護保険基準収入額適用申請
10. その他（ \_\_\_\_\_ ）

※該当する番号に○を付けてください。

(受任者)

住所：\_\_\_\_\_

氏名：\_\_\_\_\_

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生

電話番号：( ) \_\_\_\_\_