**委任状**

代理人（受任者）

住所

氏名

私儀、上記の者を代理人と定め、個人番号を用いた次の手続きを行う  
ことについて権限を委任します。

介護保険被保険者証の再交付および受取に関すること

介護保険負担限度額認定証の再交付に関すること

介護保険負担割合証の再交付に関すること

介護保険負担限度額認定申請に関すること

居宅介護サービス計画作成依頼（変更）届出に関すること

介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出に関すること

介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出に関すること

（ ）に関すること

令和　　年　　月　　日

委任者（被保険者本人）

住所

氏名

　　　　　　※署名又は記名押印