**委任状**

　　　年　　　月　　　日

光市長　様

本　人　住　　所

　　　　（たのむ人）氏　　名

　　　　　　　　　生年月日　　明・大・昭　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　連絡先

**私は、つぎの者を代理人として、下記の申請時に、私の個人番号の提供を行うことを委任します。**

代理人　　住　　所

　　（たのまれた人）氏　　名

　　　　　　　　　　生年月日　明・大・昭・平　　　　年　　　月　　　日

記

委任事項

□介護保険資格取得・異動・喪失届

□介護保険被保険者証等再交付申請書

□介護保険住所地特例適用・変更・終了届

□介護保険（要介護（支援）認定・要介護（支援）更新認定・区分変更）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依頼（変更）届出書

□介護保険負担限度額認定申請書

※１　委任状は本人（委任者）がすべて自署してください。

※２　本人（委任者）は氏名欄に押印してください。