

# 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。