

委任状（介護保険関係手続用）

福井市長様

令和 年 月 日

委任者 (頼んだ方)	氏名	印
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	

私は、次の者を代理人とし、下記の申請・届出に係る手続及び個人番号（マイナンバー）記載の権限を委任します。

(該当する手続すべてにチェック □→☑ してください)

- 介護保険 要介護認定・要支援認定申請（新規・更新・変更）
- 介護保険 被保険者証等再交付申請
- 介護保険 居宅サービス計画・介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出
- 介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請
- 介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請
- 介護保険 負担限度額認定申請
- 介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請
- 介護保険 基準収入額適用申請
- その他（ ）

代理人 (頼まれた方)	氏名 (窓口に来られる方)
	続柄 (又は 事業所名)
	住所 (又は 事業所所在地)

(注意事項)

※代理人の身元確認のため、代理人に係る下記の書類をいずれか1点ご提示ください。
・個人番号カード（マイナンバーカード） ・運転免許証 ・介護支援専門員証 ・パスポート
・これらのほか、官公署から発行・発給された書類又はこれに類する書類で、写真表示があり、「氏名」及び「生年月日又は住所」の記載があるもの

上記のものが用意できない場合は、代理人に係る下記の書類をいずれか2点ご提示ください。
・健康保険証 ・年金手帳 ・介護保険被保険者証
・これらのほか、官公署から発行・発給された書類又はこれに類する書類で、「氏名」及び「生年月日又は住所」の記載があるもの

※通知カードでは、身元確認ができませんのでご注意ください。