**委　　任　　状**

**福 津 市 長　様**

**介護保険における手続きについて、下記のとおり委任いたします。**

**委任者（被保険者）**

|  |  |
| --- | --- |
| **令和　　　年　　　月　　　日** | |
| **氏　名** | **（自署または記名押印）** |
| **住　所** |  |

**委任事項**（該当するものにチェックを入れてください。）

|  |
| --- |
| **□　介護保険被保険者証等の再交付申請**  **□　介護保険関係書類送付先変更申請**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**代理人（窓口に来る人）**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名** |  |
| **住　所** |  |
| **委任者**  **（被保険者）との関係** | **□　ケアマネジャー**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　）** |

**※　代理人の本人確認書類が必要です。顔写真付の証明書（運転免許証、個人番号ｶｰﾄﾞ、ｹｱﾏﾈ証**

**など）の場合はいずれか1点、顔写真付の証明書をお持ちでない場合は、医療保険証と介護**

**保険証など、官公庁の発行する書類２点のご提示をお願いします。**