**委　任　状**

**年　　　月　　　日**

**(宛先)　みやま市長**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 委　任　者 | 住　　所 | 電話番号　　　　（　　　） | | |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 明治・大正・昭和・平成  年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 | (※) |
| (※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 |

　　私は、次の者を代理人として、下記の内容について委任します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代　理　人 | 住　　所 | 電話番号　　　　（　　　） | 委任者との関係 |  |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 大正・昭和・平成  年　　　月　　　日 |
| 氏　　名 |  |
| 記 | | | | |
| 内　　　容 | □介護保険被保険者証等再交付申請及び受領  □介護保険要介護・要支援認定に係る（新規・更新・変更）認定申請  □介護保険特定負担限度額認定申請（旧措置入所者に関する認定申請）  □介護保険負担限度額認定申請  □基準収入額適用申請  □高額介護（予防）サービス費支給申請  □居宅サービス計画作成依頼（変更）届出  □介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |