

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	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等再交付申請及び受領 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定申請 <input type="checkbox"/> 基準収入額適用申請 <input type="checkbox"/> 高額介護（予防）サービス費支給申請 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出 <input type="checkbox"/> その他 ()
----	---