

# 委任状

(宛先) 新居浜市長

令和 年 月 日

## 受任者 (代理で手続きを行う者)

ふりがな		生年月日	M・T・S・H 年 月 日
氏名			
住所	〒 ー 電話番号		
委任者 (被保険者) との関係	親族 (続柄 ) ・施設職員・ケアマネジャー その他 ( )		

私は、上記の者を受任者と定め、介護福祉課における以下の手続きを委任します。

## 委任者 (被保険者)

ふりがな		生年月日	M・T・S 年 月 日	
氏名				
住所	〒 ー 電話番号			
委任する 手続き	<input type="checkbox"/> 資格取得・異動・喪失届 <input type="checkbox"/> 保険料還付金・償還金受け取り <input type="checkbox"/> 被保険者証等再交付 <input type="checkbox"/> 送付先変更届出書 <input type="checkbox"/> 介護認定申請 <input type="checkbox"/> 各種確認書・証明書発行 <table border="1" style="margin-left: 20px;"><tr><td>保険料納付確認書・障害者控除対象者認定書 高額介護サービス費給付証明書 高額医療合算介護サービス費給付証明書</td></tr></table> <input type="checkbox"/> その他【 】に関する手続き			保険料納付確認書・障害者控除対象者認定書 高額介護サービス費給付証明書 高額医療合算介護サービス費給付証明書
保険料納付確認書・障害者控除対象者認定書 高額介護サービス費給付証明書 高額医療合算介護サービス費給付証明書				

※ 該当する手続きに☑を付けてください。