

委任状

年 月 日

伊丹市長様

住所 〒

氏名

(被保険者番号)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

私は、下記申請に関する権限を下記の者に委任します。

記

- 介護保険資格取得・喪失・異動届
- 介護保険被保険者証等再交付申請・受領
- 要介護・要支援認定申請等
- 居宅（介護予防）サービス計画作成依頼届出等
- 介護保険負担限度額認定（旧措置入所者）申請
- 介護保険高額介護（予防）サービス費支給申請等
- 高額介護合算療養等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請
- 社会福祉法人等利用負担軽減確認申請
- その他（ _____ ）

受任者 住所 〒

氏名

電話