**委　任　状**

貝　塚　市　長　様

（代理人）住　所

氏　名

　私は上記の者を代理人として、介護保険にかかる次の権限を委任します。

　令和　　年　　月　　日

（委任者）住　所

氏　名

※委任される方の署名は、必ずご本人の直筆でお願いします。

* 委任事項　　　　　　　※該当するものに○をつける。
	+ 被保険者証の　　　〔　・再交付申請　・受取り　〕
	+ 資格者証の　　　　〔　・再交付申請　・受取り　〕
	+ 受給資格証明書の　〔　・再交付申請　・受取り　〕
	+ 負担割合証の　　　〔　・再交付申請　・受取り　〕
	+ 負担限度額認定証の〔　・再交付申請　・受取り　〕
	+ 要介護（支援）認定申請の取下げ　及び　被保険者証の受取り
	+ 要介護（支援）認定申請の結果　及び　被保険者証の受取り
	+ 要介護（支援）認定情報提供の申請　及び　その書類の受取り
	+ その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕