委　　任　　状

令和　 　年　　 月　 　日

**（委任者）**

住　　所　　香南市

　ふりがな

　氏　　名

　生年月日　　明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日

　電話番号

　私は下記の者を代理人と定め、介護保険に関する下記の手続きの権限を委任します。

記

■手続きを行う内容に○を記入してください。

納付書の発行と納付に関する手続き　　（　　　）

滞納額調査および分納誓約等の手続き　（　　　）

減免申請に関する手続き　　　　　　　（　　　）

被保険者証の受領に関する手続き（再交付申請含む）　　　　（　　　）

資格者証の受領に関する手続き（再交付申請含む）　　　　　（　　　）

負担割合証の受領に関する手続き（再交付申請含む）　　　　（　　　）

負担限度額認定証の受領に関する手続き（再交付申請含む）　（　　　）

**（代理人）**

住　　所

　ふりがな

　氏　　名

　生年月日　　明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日

　電話番号

※委任者本人が自筆してください。（パソコン等で作成する場合は氏名のみ自筆）

※本人が自署不能の場合は、代筆のうえ、印鑑を押印してください。