

# 委任状（高齢者支援課）

年 月 日

宮古島市長 様

委任者（本人）

住所	
氏名	

私は次の者を代理人と定め、下記事項の権限を委任します。

代理人

住所	
氏名	
電話番号	
委任者との 関係（続柄）	

※代理の方は身元確認をしますので、顔写真付き分証明書（運転免許証等の顔写真付き身分証明書がない場合は健康保険証等公的身分証明書をお持ちください）。

委任事項

<input type="checkbox"/> 介護保険資格取得・異動・喪失届出 <input type="checkbox"/> 介護保険住所地特例適用・変更・終了届出 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証再交付申請 <input type="checkbox"/> 介護保険要支援・要介護認定申請 <input type="checkbox"/> 介護保険区分変更申請 <input type="checkbox"/> 介護保険高額介護(予防) サービス費支給申請 <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定申請 <input type="checkbox"/> 介護保険特定負担限度額認定申請 <input type="checkbox"/> 介護保険利用者負担額減額・免除等申請 <input type="checkbox"/> 介護保険料納付済証明交付申請 <input type="checkbox"/> その他（ ）
---

代理人 確認欄	個人番号カード 免許証 その他 ( )	本人の番号	個人番号カード(写し) 通知カード(写し) その他 ( )	確認者	
------------	------------------------------	-------	--	-----	--