

# 委 任 状

年 月 日

(提出先)

枚方市長

被保険者本人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_  
介護保険被保険者番号 \_\_\_\_\_

選択した次の申請や申出について下記の者を代理人と定め、手続きに関する一切の権限を委任します。

- 各種証等の再交付申請手続き及び受領  
(該当する証に○) 被保険者証 ・ 負担割合証 ・ 負担限度額認定証 ・ ( )
- 介護保険業務にかかる郵送物の送付先住所の変更申請書の届出  
(該当する内容に○) 新規・変更・解除
- 介護保険居宅介護（介護予防）サービス計画作成依頼届出に関する書類の提出及び受領
- 社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請
- 介護保険高額介護（介護予防）サービス費支給申請
- 高額第1号事業支給申請
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費事前確認申請
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請
- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請
- 介護保険負担限度額認定申請
- ( )

代理人 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
被保険者本人との関係 \_\_\_\_\_  
連 絡 先 \_\_\_\_\_