

委任状

(介護保険)

代理人

住所 _____

氏名 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私に係わる、_____について、上記の者を私の代理人として定め、その一切の権限を委任します。

年 月 日

委任者

住所 _____

氏名 _____ ⑩

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ () _____

八王子市長 殿

<お願い>

※ 窓口で、代理人の本人確認をさせていただきます。本人確認書類をお持ちください。

(1点提示で良いもの) 個人番号カード 運転免許証 パスポート 介護支援専門員証等
または

(2点提示が必要なもの) 公的医療保険被保険者証 年金手帳 介護保険被保険者証
介護保険負担割合証等