

委任状

令和 年 月 日

伊万里市長 様

(委任者) 住所 _____

電話番号 () _____

被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____

生年月日 M. T. S 年 月 日

私は、下記のことを代理人と定め、介護認定結果通知及び介護保険被保険者証の受領を委任いたします。

(代理人) 事業所住所 _____

電話番号 () _____

事業所名 _____

氏名 _____

※代理人の方は、受領時に本人確認書類をご持参ください。
(介護支援専門員証、顔写真入りの職員証、マイナンバーカード、運転免許証など)

【市記入欄】

交付日	交付者	受領者本人確認
		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 顔写真入りの職員証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 ()