

<介護長寿課用>

委任状

年 月 日

被保険者番号：

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者氏名： _____ 印

生年月日：明・大・昭 _____ 年 月 日

住 所： _____

私は下記の者へ介護保険に関する申請等を委任致します。

代理者氏名： _____

住所： _____

被保険者との関係：家族（ _____ ）、介護支援専門員、介護福祉施設職員、

その他（ _____ ）

<市町村確認欄>

代理権の確認：委任状、本人の被保険者証、
その他（ _____ ）

代理人の身元確認：マイナンバーカード、運転免許証、
居宅介護支援専門員証、
その他（ _____ ）

本人の番号確認：本人のマイナンバーカード（又は写し）
本人のマイナンバー通知カード（又は写し）
マイナンバーが記載された住民票の写し
住基からの確認
2回目以降のため不要