**介護保険被保険者証等再交付手続きに関する委任状**

粕屋町長　様

私は、次の者を代理人と定め、下記事項について所定の権限を委任します。

**（代理人）**

住　所

氏　名

**【委任事項】**（該当する数字を〇で囲んでください。）

１．介護保険被保険者証の再交付手続き及び受領に関すること

２．介護保険負担割合証の再交付手続き及び受領に関すること

３．介護保険負担限度額認定証の再交付手続き及び受領に関すること

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　年　　　月　　　日

**（委任者）**

住　　所

※委任者による自筆署名の場合、押印不要

氏　　名

生年月日　　明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日

電話番号

（代筆者）

氏　　名

代筆理由

※注意事項

代理人の本人確認書類（運転免許証、健康保険証等）をお持ち下さい。

R2.12