

委任状

資料1-4

※委任者(被保険者本人)が記入してください。

	記入日	年 月 日
代理人	住 所	
	氏 名	生年月日 年 月 日

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 (委任する項目を○ で囲んでください)	1. 介護保険認定結果通知窓口受取に関する事 2. 介護保険被保険者証の再交付申請、受領に関する事 3. 介護保険負担割合証の再交付申請、受領に関する事 4. 介護保険負担限度額認定証の再交付申請、受領に関する事 5. 介護保険資格者証の再交付申請、受領に関する事 6. 介護保険関係書類送付先(登録・変更・廃止)届に関する事 7. 障害者控除対象者認定書の申請、受領に関する事 8. その他()
--------------------------------	--

委任者 (被保険者本人)	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電話番号	

- 注意 (1) 委任者・代理人の氏名は、住民票に記載された氏名(外国籍の方は、在留カードもしくは特別永住者証に記載された氏名または住民票に記載された通称)で記入してください。
- (2) 記入された内容に不備や疑義がある場合は、委任者に電話確認を行うことがあるほか、申請を受付できない場合があります。
- (3) 代理人は本人確認書類(マイナンバーカード等、顔写真付のものは1点。顔写真がないものは2点必要)をお持ちください。代理人が事業所等の職員等である場合は、事業所等が確認できるものとその職員等であることが確認できる書類も必要です。
- (4) 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。

委任者本人がけがや障害など身体の状況により記入ができず、代筆する場合は下記に記入してください。	代理人記入欄
委任者 _____ は、 _____ のため、 委任状の記入が困難であり、私、 _____ が、本人の意思に基づき代筆しました。	

市記入欄	受付者： _____ 確認書類： 免 マ 保 事 職 ケ その他()
------	-------------------------------------

委任状

記入例

※委任者（被保険者本人）が記入してください。

		記入日	令和〇〇年〇月〇日	
代理人	住所	小松市〇〇町〇〇番地		
	氏名	小松 花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 (委任する項目を○で囲んでください)	1. 介護保険認定結果通知窓口受取に関する事			
	2. 介護保険被保険者証の再交付申請、受領に関する事			
3. 介護保険負担割合証の再交付申請、受領に関する事				
4. 介護保険負担限度額認定証の再交付申請、受領に関する事				
5. 介護保険資格者証の再交付申請、受領に関する事				
6. 介護保険関係書類送付先（登録・変更）に関する事				
7. 障害者控除対象者認定書の申請、受領に関する事				
8. その他（				

すべて被保険者
本人が記入

委任者 (被保険者本人)	住所	小松市〇〇〇町〇〇番地		
	氏名	小松 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	電話番号	090-1234-5678

注意 (1) 委任者・代理人の氏名は、住民票に記載された氏名（外国籍の方は、在留カードもしくは特別永住者証に記載された氏名または住民票に記載された通称）で記入してください。

(2) 記入された内容に不備や疑義がある場合は、委任者に電話確認を行うことがあるほか、申請を受付できない場合があります。

(3) 代理人は本人確認書類（マイナンバーカード等、顔写真付のものは1点。顔写真がないものは2点必要）をお持ちください。代理人が事業所等の職員等である場合は、事業所等が確認できるものとその職員等であることが確認できる書類も必要です。

(4) 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。

委任者本人がけがや障害など身体の状況により記入ができず、代筆する場合は下記に記入してください。

代理人記入欄

委任者
委任状の

こちらの欄は記入不要

のため、
筆しました。

市記入欄

受付者： 確認書類： 免 マ 保 事 職 ケ その他（ ）

委任状

記入例

※委任者（被保険者本人）が記入してください。

	記入日	令和〇〇年〇月〇日		
代理人	住所	事業所所在地 事業所名		
	氏名	ケアマネジャー名	生年月日	

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 (委任する項目を○ で囲んでください)	1. 介護保険認定結果通知窓口受取に関する事 2. 介護保険被保険者証の再交付申請、受領に関する事 3. 介護保険負担割合証の再交付申請、受領に関する事 4. 介護保険負担限度額認定証の再交付申請、受領に関する事 5. 介護保険資格者証の再交付申請、受領に関する事 6. 介護保険関係書類送付先（登録・変更）に関する事 7. 障害者控除対象者認定書の申請、受領に関する事 8. その他（			
	住所	小松市〇〇〇町〇〇番地		
委任者 (被保険者本人)	氏名	小松 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	電話番号	090-1234-5678

すべて被保険者
本人が記入

注意 (1) 委任者・代理人の氏名は、住民票に記載された氏名（外国籍の方は、在留カードもしくは特別永住者証に記載された氏名または住民票に記載された通称）で記入してください。

(2) 記入された内容に不備や疑義がある場合は、委任者に電話確認を行うことがあるほか、申請を受付できない場合があります。

(3) 代理人は本人確認書類（マイナンバーカード等、顔写真付のものは1点。顔写真がないものは2点必要）をお持ちください。代理人が事業所等の職員等である場合は、事業所等が確認できるものとその職員等であることが確認できる書類も必要です。

(4) 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。

委任者本人がけがや障害など身体の状況により記入ができず、代筆する場合は下記に記入してください。

代理人記入欄

委任者
委任状の

こちらの欄は記入不要

のため、
筆しました。

市記入欄

受付者： 確認書類： 免 マ 保 事 職 ケ その他（ ）

委任状

記入例

※委任者（被保険者本人）が記入してください。

		記入日	令和〇〇年〇月〇日	
代理人	住所	事業所所在地 事業所名		
	氏名	ケアマネジャー名	生年月日	

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 (委任する項目を○で囲んでください)	<ol style="list-style-type: none">介護保険認定結果通知窓口受取に関する事介護保険被保険者証の再交付申請、受領に関する事介護保険負担割合証の再交付申請、受領に関する事介護保険負担限度額認定証の再交付申請、受領に関する事介護保険資格者証の再交付申請、受領に関する事介護保険関係書類送付障害者控除対象者認定その他(
----------------------------	--

すべて

ケアマネジャーが記入

委任者 (被保険者本人)	住所	小松市〇〇〇町〇〇番地		
	氏名	小松 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	電話番号	090-1234-5678

注意 (1) 委任者・代理人の氏名は、住民票に記載された氏名（外国籍の方は、在留カードもしくは特別永住者証に記載された氏名または住民票に記載された通称）で記入してください。

(2) 記入された内容に不備や疑義がある場合は、委任者に電話確認を行うことがあるほか、申請を受付できない場合があります。

(3) 代理人は本人確認書類（マイナンバーカード等、顔写真付のものは1点。顔写真がないものは2点必要）をお持ちください。代理人が事業所等の職員等である場合は、事業所等が確認できるものとその職員等であることが確認できる書類も必要です。

(4) 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。

委任者本人がけがや障害など身体の状況により記入ができず、代筆する場合は下記に記入してください。

代理人記入欄

委任者 小松 太郎 は、身体機能の低下 のため、委任状の記入が困難であり、私、ケアマネジャー名 が、本人の意思に基づき代筆しました。

市記入欄

受付者： 確認書類： 免 マ 保 事 職 ケ その他（ ）

委任状

記入例

※委任者（被保険者本人）が記入してください。

	記入日	令和〇〇年〇月〇日		
代理人	住所	小松市〇〇町〇〇番地		
	氏名	小松 花子	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日

上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

委任事項 (委任する項目を○で囲んでください)	<ol style="list-style-type: none">介護保険認定結果通知窓口受取に関する事介護保険被保険者証の再交付申請、受領に関する事介護保険負担割合証の再交付申請、受領に関する事介護保険負担限度額認定証の再交付申請、受領に関する事介護保険資格者証の再交付申請、受領に関する事介護保険関係書類送付先（登録・変更）に関する事障害者控除対象者認定書の申請、受領に関する事その他（
----------------------------	---

すべて
代理人が記入

委任者 (被保険者本人)	住所	小松市〇〇〇町〇〇番地		
	氏名	小松 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日	電話番号	090-1234-5678

注意 (1) 委任者・代理人の氏名は、住民票に記載された氏名（外国籍の方は、在留カードもしくは特別永住者証に記載された氏名または住民票に記載された通称）で記入してください。

(2) 記入された内容に不備や疑義がある場合は、委任者に電話確認を行うことがあるほか、申請を受付できない場合があります。

(3) 代理人は本人確認書類（マイナンバーカード等、顔写真付のものは1点。顔写真がないものは2点必要）をお持ちください。代理人が事業所等の職員等である場合は、事業所等が確認できるものとその職員等であることが確認できる書類も必要です。

(4) 委任状の偽造または偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条及び161条により罰せられます。

委任者本人がけがや障害など身体の状況により記入ができず、代筆する場合は下記に記入してください。

代理人記入欄

委任者 小松 太郎 は、 身体機能の低下 のため、委任状の記入が困難であり、私、 小松 花子 が、本人の意思に基づき代筆しました。

市記入欄

受付者： 確認書類： 免 マ 保 事 職 ケ その他（ ）