

令和 年 月 日

山県市長

(委任者・被保険者)

住所

氏名

印

## 委任状

私は、介護保険[要介護更新認定・要支援更新認定]申請について下記の者を私の代理人と定め、権限を委任します。

住所

氏名

印

委任者との関係

電話番号

受付確認	本人	<input type="checkbox"/> 個番	1点	<input type="checkbox"/> 運免	<input type="checkbox"/> 個力	<input type="checkbox"/> パス	<input type="checkbox"/> 障手	<input type="checkbox"/> 在力	確認者	
			2点	<input type="checkbox"/> 健保	<input type="checkbox"/> 介保	<input type="checkbox"/> 負証	<input type="checkbox"/> 高証	<input type="checkbox"/> 年金		<input type="checkbox"/> 福証
	代理人	<input type="checkbox"/> 代身	<input type="checkbox"/> 委状							