

代理人選任届

幸手市長 宛

年 月 日

代理人 (受任者) 住 所 〒 _____
氏 名 _____ (本人との関係 _____)
電話番号 _____
生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日生
事業所名※ _____

※ 代理人が事業所職員の場合のみ記入

私は上記の者を代理人に選任し、下記の権限を委任いたします。

[委任すること] (必要事項にチェックしてください)

介護保険被保険者証の受領

介護保険負担割合証の受領

訪問介護利用者負担額減額認定証の受領

介護保険負担限度額認定証の申請・受領

送付先変更（取下）の申請

その他 (_____)

本人 (委任者) 住 所 〒 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____
生年月日 大・昭・平 _____ 年 月 日生

代筆者 (受任者以外の人)

病気や高齢等により、本人が直筆できない場合は代筆が可能です。

委任者は、(代筆の理由) _____ のため、直筆ができないので、

委任者本人の意思を確認の上、代筆しました。

住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

受領時に記入 受領日： _____ 年 月 日 受領者氏名

事務欄：理由