

委任状

年 月 日

茨木市長あて

＜代理人＞たのまれた方

住所 (連絡先 — —)

病院名

氏名

※代理人が窓口へ来られる際は、本人確認ができるものをご持参ください。
(代理人が病院の相談員の方の場合は、顔写真(※1)と病院の公印(※2)のある「社員証」
をご提示ください。(※1)と(※2)のどちらかが無いときは、代理人の運転免許証や
マイナンバーカードなど本人確認書類もご用意ください。)
郵送される場合は、写しを添付してください。

私は、上記の者を代理人に定め、次の権限を委任します。

☐ 介護保険要介護認定・要支援認定申請に関すること。

＜被保険者＞たのむ方

住所

氏名

印

(自署の場合は押印不要)

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日