

# 代理権授与通知書

(宛先) 柳井市長

令和 年 月 日

・委任者（被保険者本人）

住 所	
氏 名	
生年月日	明・大・昭 年 月 日
電話番号	( ) -

・委任事項

<input type="checkbox"/>	介護保険 要介護（要支援）認定・要介護（要支援）更新認定申請
<input type="checkbox"/>	介護保険 要介護（要支援）認定区分変更申請
<input type="checkbox"/>	介護保険 被保険者証交付申請（第2号被保険者）
<input type="checkbox"/>	介護保険 被保険者証等再交付申請
<input type="checkbox"/>	介護保険 負担限度額認定申請
<input type="checkbox"/>	基準収入額適用申請
<input type="checkbox"/>	介護保険 住所地特例適用・変更・終了届出
<input type="checkbox"/>	介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

(該当する委任事項に○を記入して下さい。)

私は、次の者を代理人として、上記の委任事項に関する一切の権限を授与したので通知します。

・代理人（申請書を市役所に提出する人）

住 所	
氏 名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
電話番号	( ) -

※代理人の方は、マイナンバーカード・運転免許証・旅券・介護支援専門員証など（官公署が発行した顔写真があり氏名、生年月日又は住所が記載されたもの）を1点ご持参ください。また、郵送される場合は、そのコピーを添付してください。

なお、顔写真付きの本人確認書類がない場合は、医療保険者から交付される資格確認書、年金手帳、介護保険被保険者証など官公署が発行した書類が2点必要になります。