

# 委任状

年 月 日

(あて先) 安城市長

## 【委任者 (被保険者)】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(※自署でない場合は押印が必要です。)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

私は下記の者を代理人と定め、次に定める介護保険に関する手続き・還付及び償還金の受領に関する権限を委任します。

- 介護保険に関する手続き (保険証の受取等)
- 介護保険料還付金 ( 年 期還付分以降)
- 高額介護サービス費 ( 年 月利用分以降)
- 住宅改修費 ( 年 月 日着工分)
- 福祉用具購入費 ( 年 月 日購入分)
- 利用者負担軽減額 ( 年 月利用分)
- 介護保険給付費 ( 年 月利用分)

記

## 【受任者 (代理人)】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 被保険者との関係 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

被保険者が死亡している場合、相続人である私が受領するとともに、遺産分割のときまで責任を持ってこれを管理し、後日相続人の間で問題が発生した場合には、当方にて処理することを約束します。

※代理人の方は、自身の身分確認ができるもの (運転免許証・個人番号カードなど) を持参してください。

※黒のボールペン (消せるボールペンは不可) で記入してください。

※不正な手段で作成された委任状の行使は、刑罰の対象となります。