

委任状（介護保険事業所用）

年 月 日

阿久比町長 殿

〈被保険者〉

被保険者番号			
氏名	印	生年月日	年 月 日
住所			

下記の介護保険事業所に手続きを委任します。

〈手続きを行う者〉

事業所名・所在地	印
窓口に来た職員名	
手続きの内容	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の受取り <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証の受取り <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証等再発行 <input type="checkbox"/> その他（ ）

本人確認書類（町確認用）

〈1点確認〉 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他（ ）
