

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
※自署による場合は、押印不要			
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	
窓口に来た職員名	
手続きの内容	☐ 介護保険被保険者証の受取り ☐ 介護保険負担割合証の受取り ☐ 介護保険被保険者証等再発行 ☐ その他（ ）

本人確認書類（町確認用）

〈1点確認〉

☐運転免許証 ☐個人番号カード ☐介護支援専門員証 ☐その他（ ）