

宣誓書

年 月 日

阿久比町長 殿

〈被保険者〉

被保険者番号			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

私は上記の被保険者に代わり手続きを行います。
なお、当該手続きに関するすべての責任を負うことを誓約します。
〈手続きを行う者〉

氏名 (事業所名)		被保険者との関係	
住所	〒		
手続きの 内容			
委任状の記入が 困難な理由			

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	☐ パスポート	☐ その他（ ）
〈2点確認〉			
☐ 介護保険被保険者証	☐ 介護保険負担割合証	☐ 医療保険証	☐ その他（ ）