委　任　状

年　　月　　日

　代理人　住所

氏名

　を代理人と定め、下記の事項を委任します。

委任内容　介護保険に関する手続き及び個人番号の利用・提供の取扱い

　委任者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印（※必ず押印してください。）

|  |
| --- |
|  |

町　確　認　欄

番号確認　　□個人番号カード

　□通知カード

□住民票（個人番号付き）

□番号確認書類なし

□認知症等により番号が記載できない

□拒否　　※拒否は、申し出があった場合とする。

　代理権確認　□委任状

□その他（　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　委任状の無い理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　□認知症等により代理権を授与できない

身元確認　　□運転免許証

　　　　　　□介護支援専門員証

□健康保険証の被保険者証＋年金手帳　等

□人違いでないことを確認

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

　郵送・使者　□郵送　　　　　　　　□使者

本人確認担当者　氏名