

委任状

令和 年 月 日

北九州市長 様

委任者（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____ ※自署の場合、押印は不要です。

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

私は、次の者を代理人と定め、介護保険

{	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 負担割合証
	<input type="checkbox"/> 負担限度額認定証	

の再交付申請について（交付申請 受領）に関する一切の権限を委任します。

受任者（代理人）

住所 _____

氏名 _____ 委任者との関係 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

※委任状を代理人が代筆した場合

代筆者氏名 _____

代筆の理由 _____

【注意】

- 受任者（代理人）はこの委任状のほかに本人確認ができる書類（免許証など）の提示が必要です。
- 委任者の本人確認ができる書類を持参してください。
- 委任の意思を確認するため、委任者に連絡する場合がありますので、ご了承ください。
- 委任状の偽造又は偽造した委任状の行使をしたときは、刑法第159条、第161条により罰せられます。