委　任　状

（あて先）沖縄市長

年　　　月　　　日

氏名：

**被 保 険 者**※本人の署名または、記名押印。

住所：　　　　　　　　　　　　　印

被保険者の次に掲げる手続きを下記の者に委任します。

* 介護保険証（資格者証）、負担割合証の再交付申請及び受け取り
* 高額介護（介護予防）サービス費、介護サービス利用者負担助成金等
* 減額減免についての申請(介護保険負担限度額、社会福祉法人減免、旧措置)
* 障害者控除認定についての申請
* 送付先の設定
* 介護保険料の減免の申請
* その他（介護保険課の申請関係）

　氏名：

**受　任　者（代理人）**　住所：　　　　　　　　　　　　　印

電話番号：　　　　　　　　　　　　　印

続柄（　　　　　　　　　　）

※受任者（代理人）の身分証明書をこちらで確認いたします。