

# 委任状

沖縄市長 様

年 月 日

氏名：

**被保険者**  
(委任者)

※本人の署名または、記名押印。

住所：

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の申請及び受け取り
- ☐ 介護保険料 納付証明書の申請
- ☐ 介護保険料の減免の申請
- ☐ 介護保険給付についての申請（高額介護（介護予防）サービス費 等）
- ☐ 利用者負担額軽減にかかる認定の申請（介護保険負担限度額 等）
- ☐ 障害者控除対象者認定についての申請
- ☐ 送付先変更の申請
- ☐ その他

[ ]

氏 名：

**受任者**  
(代理人)

住 所：

電話番号：

続柄（ ）

※受任者（代理人）の身分証明書を持参してください。