**委　任　状**

　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人（窓口に来る人） | 現住所 | 〒連絡先　電話番号 |
| 氏　名 | （ふりがな） |
| 生年月日 | 明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　　年　　　月　　　日 |

私は上記の者を代理人と定め、介護保険関係申請に係る私の個人番号提供の権限を委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本　人（委任した人） | 現住所 | 〒 |
| 氏　名 | （ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 生　年　月　日 | 明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 連　　絡　　先 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　 |