

# 介護保険被保険者証等再交付手続き委任状

令和 年 月 日

長崎市長 様

下記の者を代理人と認め、  
ます。

- 介護保険被保険者証
- 介護保険負担割合証
- 介護保険負担限度額認定証
- 介護保険資格者証
- 介護保険受給資格証明書

の再交付申請及び受領を下記の者に委任し

**委任者** ( 再交付を受ける被保険者 )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 (自署) \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_

**受任者** ( 窓口に申請に来た方 )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者との続柄 \_\_\_\_\_

電話 ( ) \_\_\_\_\_