**委任状**

**【 代理人（介護支援専門員・地域包括支援センター職員） 】**

住　　所

氏　　名

私は、上記の者を代理人と定め、次に掲げる証の受領に関して、権限を委任します。

（受領について委任をする証に○を付けてください）

［　　］　負担割合証

［　　］　負担限度額認定証

［　　］　社会福祉法人等利用者負担軽減確認証

　　　　年　　月　　日 （委任した日付を記入してください）

**【 委任者 】** （氏名の横に押印してください）

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

生年月日 （ 明治 ・ 大正 ・ 昭和 　　年　　月　　日 ）

【 保険者確認欄 】

□ 代理人本人確認 （ 介護支援専門員証 ・ 地域包括支援センター職員証 ）