水戸市長様

令和　　　年　　　月　　　日

**委　任　状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （被保険者）  　　　委任者 | 氏名 | 印 |
| 住所 | 〒 |

　私（被保険者）は，介護保険負担限度額認定申請について委任します。

　本申請については，

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代理人 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒 | | |

を代理人と定め申請に係る権限（決定通知および認定証の受取り，取下げに関する

権限を含む。）を委任すること。

※事業所で代理申請を行う場合は，事業所名・担当者名を記入ください。