**委任状**

令和　　年　　月　　日

石川町長　様

　　　　　　　　委任する方

　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　（本人またはご家族）

　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　電話番号

　私は、要介護認定の結果通知等の受領を下記の事業所に委任します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所 | 居宅介護支援事業所名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電　話　番　号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任者（被保険者） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 |  |
| 氏　名 |  | 性　　別 | 男　・　女 |
| 住　所 |  |
| 受　領事　項 | □要介護認定・要支援認定等結果通知書□介護保険被保険者証□介護保険負担割合証　　※新規申請のみ |

* 負担割合証については、新規認定申請の時のみ認定結果とあわせてお渡しします。

負担割合証の適用期間終了に伴う新しい負担割合証の更新については、これまでどおり被保険者本人へ送付いたします。