委　任　状

　　　令和　　 年　 月　 日

熊本市長　様

【委任者】（被保険者）

　 住　　所

　 氏　　名 　　　 印 **（署名または記名押印）**

　 生年月日 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日

（代筆者氏名：　　　　　　　　　　　　　　）

※ **委任者本人が署名**してください。ただし、身体的理由等により本人が署名できない場合には、本人の了承を得た上で、**代理人（申請者）以外の人が代筆**することができます。

※ 代筆や印刷等による記名の場合、**委任者の氏名欄に押印が必要**です。

私は、下記の者を代理人と定め、以下の事項の請求及び受領にかかる一切の権限を委任します。

□　被保険者証　□　負担割合証　□　資格者証　□　負担限度額認定証

□　利用者負担額減額・免除認定証　□ 介護保険料納入通知書

□　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※ **該当する項目にチェック**をお願いします。

【代理人】（申請者）

　 住　　所

　 氏　　名

　 生年月日 大・昭・平・令　　　年　　　月　　　日

※ **代理人の本人確認書類（マイナンバーカード又は運転免許証等）の提示**をお願いします。

※ 偽り、その他不正な手段により委任状を偽造し行使した場合は、**有印私文書偽造・同行使罪の対象**となります。（刑法第１５９条第１項、第１６１条第１項）