

代 理 人 選 任 届

年 月 日

（宛先）高 崎 市 長

（代理人）住 所 _____

氏 名 _____

私は、上記の者を代理人に選任し、
介護保険〔要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定・
要介護認定変更・要支援認定変更・サービスの種類指定変更〕申請書提出
に関する一切の件につき委任したので、お届けします。

（委任者）住 所 _____

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日 _____

※この届出は、代理人が親族（6親等以内の血族及び3親等以内の姻族）以外の者の
場合に提出してください。