**介護保険認定結果等窓口受領書**

　下記の者の介護保険認定結果等を窓口で受領致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受領者 | 住所：  　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 氏名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　　　　　） |
| 被保険者 | 住所： |
| 氏名： |
| 生年月日：明・大・昭　　　　　　年　　　　月　　　　日生 |
| 受領日 | 年　　　月　　　　日（　　　　） |

※窓口に来られる方が本人以外の場合は裏面委任状の記入をお願いします。また、身分証の提示を併せてお願い致します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 窓口処理 | ＜身分証確認＞  いずれか１つ確認 | □　運転免許証  □　健康保険証  □　介護支援専門員証  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 処理者印 | ＜委　任　状＞ | □　委任状 |

　　〒636-0213 奈良県磯城郡三宅町大字伴堂６８９

　　　　三宅町　住民福祉部　保険医療課

　　　　TEL：0745-44-3074 FAX：0745-43-0922

委　任　状

三宅町長　殿

私の介護保険認定結果等の受領に関する件を下記の代理人に委任します。

【代理人】（窓口に来られる人）

住　　　所：

（事業所名）：

氏　　　名：

　　　年　　　月　　　日

【被保険者】

住 　所：

氏 　名：

※代理人が窓口へ来られる際は、代理人の身分証明書をご持参ください。