

第二号被保険者の要介護・要支援認定申請に伴う 委任及び情報連携の同意について

鹿沼市長宛

私は介護保険認定申請に係る事務手続き（被保険者番号の取得を含む）の権限を下記の者に委任します。

また、医療保険加入状況について、書類等による確認ができない場合には、個人番号（マイナンバー）を利用した情報連携による確認を行うことに同意します。

受任者

住所 _____

氏名 _____

令和 年 月 日

委任者（同意者）

住所 _____

氏名 _____