

下記の利用者様の介護保険証を、代理受領したくよろしくお願ひいたします。

審査会	年	月	日分
(認定日	年	月	日分)

住 所

事業所

担 当

被保険者番号	氏 名	生年月日	区分	代理人届	理 由
				提出済	
				提出済	
				提出済	

※ 認定結果が要支援状態となった場合は、地域包括支援センターより介護保険証の写しを受領いたします。

受取年月日 平成 年 月 日

受取人