区本级长期护理保险业务代理委托书

**兹委托     （代理人姓名）身份证号**

**代理本人**

**（委托人姓名）身份证号 办理 ⎕失能评估初次评估申请 ⎕失能评估异议复评申请 ⎕失能评估重新评估申请 事宜，代理人在办理该事宜中签署的一切文件，本人均予以承认，并承担相关法律责任。**

本委托书效力于委托事项办理结束当日终止。

**后附：1.委托人身份证复印件**

**2.代理人身份证复印件**

委托人（签字或手印）：

**代理人（签字或手印）：**