附件4

昆明市长期护理保险失能等级评定

申请授权委托书

委托经办机构名称：

委托人： 身份证号： 联系电话：

文书送达地址：

代理人： 身份证号： 联系电话：

文书送达地址：

由于本人原因，不能亲自办理昆明市长期护理保险失能等级评定的相关手续，特委托 （与本人关系： ）作为我的特别委托授权代理人，代表我办理相关事项，对委托人在办理上述事项过程中所提交的资料和所签署的有关文件，我均予以认可，并由委托人承担相应的法律责任。若因上述联系电话或文书送达地址有误造成的后果由委托人承担。

委托人签名：

代理人签名：

委托时间： 年 月 日