梅州市长期护理保险失能等级评估申请

授权委托承诺书

委托人： 身份证号：

代理人： 身份证号：

文书送达地址：

邮政编码： 联系电话：

鉴于委托人因身体原因行动不便，无法亲自办理梅州市长期护理保险失能等级评估申请相关手续，特委托本人（与委托人关系： ）作为特别授权代理人，代为办理相关事项，我承诺所提交的资料和签署的有关文件均真实、合法、有效，若存在任何虚假、伪造情形，愿意承担由此产生的一切法律责任。同时，保证上述联系方式及文书送达地址准确有效，若因信息错误导致无法接收相关通知或文件，由此产生的不利后果由本人自行承担。

委托人：

代理人：

年 月 日