

委任状

年 月 日

(代理人)

住所_____

氏名_____

年 月 日生

本人との関係_____

私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任します。

- 介護保険被保険者証の受領に関すること
- 認定結果通知書の受領に関すること
- 負担割合証の受領に関すること

(本人)

住所_____

氏名_____印

(自署の場合は押印不要)

引渡日	担当者	受領者