

# 委任状

代理人 住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_ 委任者との関係： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、介護保険（予防）に係る支給・申請等における一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

委任者 住所： \_\_\_\_\_

(被保険者)

氏名： \_\_\_\_\_ ⑩

生年月日： \_\_\_\_\_