

委 任 状

代理人 住 所 : _____

氏 名 : _____ 印

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。

平成 年 月 日

委任者 住 所 : _____

(被保険者)

氏 名 : _____ 印

生年月日 : _____